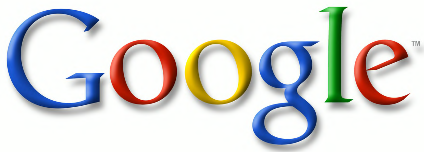
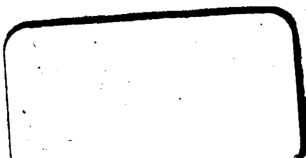






ANNALES
D'OCULISTIQUE,

PUBLIÉES

par le docteur FLORENT CUNIER,

CHEVALIER DE L'ORDRE MILITAIRE DE LÉOPOLD,
MÉDECIN-OCULISTE DE LL. AA. RR. LE DUC DE BRABANT ET LE COMTE DE FLANDRE,
CHIRURGIEN EN CHEF DE L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DE LA PROVINCE DE BRABANT,
ANCIEN MÉDECIN MILITAIRE, MEMBRE DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS DE MÉDECINE D'AMSTERDAM, ANGERS,
ANVERS, ATHÈNES, BADEN, BARCELONE, BATAVIA, BERLIN, BORDEAUX, BRESLAU,
BRUGES, BRUXELLES, COPENHAGUE, COROGNE, DRESDE, ERLANGEN, GAND, HALLE, HAMBOURG,
HEIDELBERG, HOORN, IENA, LEIPZIG, LIÉGE, LILLE, LISBONNE, LONDRES, LYON,
MADRID, MALINES, MONTPELLIER, NANTES, NISMES, NOUVELLE-ORLÉANS, PALMA DE MALLORCA,
PARIS, POITIERS, PUERTO DE SANTA-MARIA,
RIO-DE-JANEIRO, ROTTERDAM, SARAGOSSE, STRASBOURG, VALENCE,
VERVIERS, VIENNE, ETC.

Quinzième Année.

TOME XXVII.

3e SÉRIE. — TOME 3me.

BRUXELLES,

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
22, RUE DES COMÉDIENS;

A PARIS,

CHEZ GERMER BAILLIÈRE, 17, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

1er SEMESTRE 1852.



LISTE DES COLLABORATEURS.

ANGLETERRE.

MM. Cooper (W. White), Dalrymple, Guthrie (le professeur G.-J.), Guthrie (Charles-Gardiner), et Lawrence, à Londres. Mackenzie, à Glasgow. Wilde, à Dublin.

AUTRICHE.

MM. Gulz, à Vienne. Piringer, à Gratz.

BADEN.

MM. Chelius, à Heidelberg. Scherrer, à Constance.

BAVIÈRE.

MM. Heyfelder, à Erlangen. Textor, à Würzbourg.

BELGIQUE.

MM. Ansiaux (le professeur N.) et Ansiaux (Jules), à Liége. Bastings, à Bruxelles. Binard, à Gand. Buys, à Bruges. Burggraeve, à Gand. Decondé, à Mons. Fallot, à Bruxelles. Gouzée, à Anvers. Hairion, à Louvain. Henrotay, à Namur. Jans, à Peér. Loiseau, à Namur. Meynne, à Liége. Smits, à Bruxelles. Stiévenart, à Mons.

DANEMARK.

M. N.-G. Melchior, à Copenhague.

ESPAGNE.

MM. Escolar, à Madrid. Fontan, à Jerez.

FRANCE.

MM. Bouchacourt, à Lyon. Bouisson, à Montpellier. Lucien Boyer, Caffe, Desmarres et Deval, à Paris. H. Duval, à Argentan. Furnari, à Paris. Gaillard, à Poitiers. Guépin, à Nantes. Magne, à Paris. Mazade, à Anduze. Mirault, à Angers. Pamard, à Avignon. Pétrequin, à Lyon. Serre (d'Uzès), à Alais. Sichel, à Paris. Stoeber, à Strasbourg. Tavignot et Velpeau, à Paris.

HOLLANDE.

MM. Hendricksz (W.), à la Haye. Kerst, à Utrecht. Sebastian, à Groningue. Snabilié, à la Haye. Van den Broeck, à Utrecht.

PRUSSE.

MM. Andreae, à Magdebourg. Blasius, à Halle.

RUSSIE.

M. Vanzetti (le professeur), à Karkov.

SAXE.

MM. Ammon (le chevalier d'), Baumgarten, Beger et Warnatz, à Dresde.

SUISSE.

MM. Cornaz, à Neuchâtel. Maunoir (le professeur), à Genève. Rau, à Berne.

TURQUIE.

MM. de Hubsch et Rigler, à Constantinople.

WURTEMBERG.

M. G. Hoering, à Heilbronn.

IMPRIMERIE DE G. STAPLEAUX.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XXVII. — 5e série. Tome 3me. — 1re et 2e livraisons.

31 JANVIER ET 29 FÉVRIER 1852.

TRAVAUX ORIGINAUX.

RECHERCHES SUR L'ACTION DES EAUX MINÉRALES D'AIX EN SAVOIE DANS LES MALADIES DES YEUX;

Par le docteur J.-E. PÉTREQUIN,

ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'École de médecine de la même ville, etc.

Les eaux minérales d'Aix, je dois le dire d'abord, ne jouissent pas d'une vertu particulière pour les affections des yeux; aussi les baigneurs ne s'y rendent-ils pas pour ce genre de maladies. J'espère néanmoins démontrer par des observations péremptoires que le point de vue ophthalmologique mérite d'y être étudié, et qu'on a eu tort de le négliger complétement jusqu'à ce jour, car il peut être exploré avec fruit.

Toutefois, ce n'est pas dans ce but que j'en ai fait moi-même le voyage: j'avais besoin de rétablir ma santé un peu ébranlée par les travaux de la science et les fatigues de la profession, et de me délivrer de douleurs rhumatismales qui m'avaient beaucoup éprouvé depuis une année. Désireux d'utiliser, sous le rapport scientifique, mon séjour aux eaux d'Aix, non-seulement j'ai accompli, sur la calorification chez les rhumatisants, des expériences dont j'aurai à parler plus loin, mais encore j'ai entrepris un sujet nouveau de recherches en hydrologie minérale. Or la question des eaux minérales est aujourd'hui tellement ressassée et rebattue, qu'on pourrait difficilement écrire quelque chose de neuf sur leur étude générale. Mais trouver un chapitre à faire dans leur histoire, c'est une bonne fortune qu'il ne faut pas laisser échapper quand elle se présente. Aussi ai-je employé toutes les ressources en mon pouvoir pour combler cette lacune; je n'ai rien négligé pour réunir tous les matériaux nécessaires à la solution du problème thérapeutique que je me suis posé *sur l'action des eaux d'Aix dans les maladies des*

yeux.—Avant d'exposer à quels résultats je suis parvenu, étudions rapidement les lieux et les eaux.

Aix, qu'on nomme aussi *Aix-les-Bains*, est une petite ville de la Savoie, de 3,566 âmes (recensement de 1839), située dans une vallée agréable, d'un climat très-doux (latitude 45° 38'; longitude 3° 34'), et élevée seulement de 792 pieds (264 mètres) au-dessus du niveau de la mer. Placée entre la France, la Suisse et l'Italie, à 2 lieues de Chambéry, 12 de Genève, 14 de Grenoble, 20 de Lyon, 40 de Turin, etc., elle offre un point de rendez-vous facile aux étrangers de tous les pays (1).

Aix possède quatre sources principales, dont deux sont thermales:

1° La source sulfureuse thermale, dite de *soufre*, est la plus abondante; elle donnerait approximativement, d'après M. Francœur, un million sept cent mille litres par 24 heures. Dans la grotte calcaire, où on la voit sourdre, je lui ai trouvé une température de 44° 7/10 au thermomètre centigrade. Avec le sulfhydromètre, elle m'a donné 4 degrés de sulfurisation; sa pesanteur spécifique est de 100,01.

2° La source thermale, dite *d'alun* (2), sort d'un autre banc calcaire, à environ 60 mètres de distance de la précédente, et à une élévation de près de 10 mètres, circonstance dont on a su tirer

(1) Outre les agréments naturels dont Aix peut se prévaloir, comme ses sites, ses promenades, son lac, etc., n'oublions pas de parler du magnifique *Casino* que l'on vient de construire sur les plans de M. Pellegrini, pour remplacer l'ancien *Cercle,* qui n'était plus en harmonie avec les exigences de l'époque et l'affluence toujours croissante des baigneurs : élevé en regard de la colline de Tresserve, il embrasse un horizon étendu et gracieux. Une administration intelligente n'a rien négligé pour en faire un centre de réunion des plus agréables, et varier les plaisirs et les distractions des étrangers; on y trouve salles de bal et de concert, cabinet de lecture, salons de musique, de jeux, de conversation, billard, café, restaurant, etc. Le jour, une musique militaire se fait entendre dans les jardins du Casino; le soir, un excellent orchestre, composé d'artistes de Paris, réunit la foule dans ses salons.

(2) Tous les écrivains qualifient cette dénomination d'impropre. On a bien rappelé que les anciens, au rapport de Vitruve (*Architect.*), désignaient le gypse sous le nom d'*alun,* et que les cavernes d'où coule cette eau sont en effet recouvertes de dépôts gypseux (*sulfate de chaux*); néanmoins il y avait loin de là à l'alun des modernes. Mais en 1837, M. Bonjean a découvert la présence de l'alumine qu'aucun chimiste n'avait encore rencontrée dans les eaux d'Aix. Ainsi les anciens avaient deviné juste : «Cette dénomination de *source d'alun,* dit M. Bonjean, n'est pas tout à fait dénuée de justesse, si l'on considère que cette eau » est imprégnée de sulfate d'alumine, et que ce sel est le principe fondamental » des aluns de tout genre. » (*Analyse des eaux d'Aix,* in-8°, 1838, p. 225.)

un grand avantage dans l'administration des eaux. La plupart des auteurs, en se copiant successivement, rangent la *source d'alun* dans la classe des *sulfureuses dégénérées*, sous le prétexte que l'ingrédient sulfureux qu'elle renferme se détruirait dans son cours souterrain par l'oxygène de l'air qui y circule. Mais n'est-ce point une erreur? On pourrait le conclure d'après les expériences chimiques que j'ai, avec M. Domenget, faites à Aix, le 25 juin 1851, en présence des docteurs Guilland, Vidal fils et Blanc. En effet, l'eau d'alun, prise au robinet même de l'établissement, m'a donné 1° 6/10 au sulfhydromètre. Il y a plus : expérimentée au réservoir dit *cul-de-lampe*, elle a marqué jusqu'à 3° 6/10 (1). Elle a d'ailleurs, comme l'eau de soufre, une odeur d'œufs couvés (mais à un plus faible degré), ainsi que l'a constaté le docteur Despine fils (*Manuel de l'Étranger aux eaux d'Aix*, 1850, p. 56), qui ajoute : « Si la pré» sence de l'acide hydrosulfurique ne se manifeste pas constamment » à l'odorat, elle se reconnait toujours au goût. »—Je lui ai trouvé, dans le réservoir dit *cul-de-lampe*, une température de 46° 3/10. Sa pesanteur spécifique est de 100,025.

Quoique moins considérable que la source de *soufre*, elle est néanmoins très-abondante; à elles deux elles alimentent largement l'établissement d'Aix, et l'on peut dire qu'il y a peu de thermes qui soient aussi riches en eaux minérales. On les emploie tantôt mêlées, tantôt isolées, en demi-bains, bains, douches, étuves, boisson, etc.

(1) Elle a donc perdu 2 degrés de sulfurisation dans son parcours; à l'air libre, il n'en reste bientôt plus. D'ailleurs l'eau de soufre présente aussi pareil phénomène : « Prise à sa source, dit M. Bonjean, elle perd non-seulement toute » son odeur par une courte exposition à l'air, mais elle y abandonne encore jus» qu'à la dernière trace de son principe sulfureux. » (*Op. cit.* p. 42.) Au surplus, leur composition chimique varie quelquefois, « Le 6 novembre 1836, l'*eau » de soufre*, écrit M. Bonjean, était descendue à 38°, et n'avait presque pas con» servé de caractère sulfureux . . . . l'acétate de plomb, l'azotate d'argent, le » protosulfate de fer, et le bisulfate de cuivre *n'ont pu y déceler la moindre » trace de soufre.* » (*Ibid.*, p. 39.) C'est sans doute à quelques circonstances de ce genre (le sulfhydromètre, d'ailleurs, en 1837, n'était pas encore inventé par M. Dupasquier), que cet habile chimiste doit de n'avoir pas trouvé d'acide sulfhydrique dans l'*eau d'alun*, tandis que Bonvoisin, Socquet et Thibaut en avaient chacun noté une grande proportion : : 0,0056 (alun) : 0,0095 (soufre).— On est autorisé à croire qu'avec des réparations bien entendues dans les réservoirs souterrains, on pourrait augmenter la sulfurisation actuelle des eaux d'Aix, en leur conservant, avec leur calorique, tout l'hydrogène sulfuré qu'elles renferment dans les entrailles de la terre.

3° La *source de Marlioz*, connue d'abord sous le nom de *source Chevillard*, donne une eau sulfureuse alcaline froide. Elle contient de l'iode, du brome, du fer et du manganèse. Prise à la source, elle marque 24 à 30° au sulfhydromètre; mise en bouteille, je ne lui ai plus trouvé que 12°; ce qui montre combien ces eaux sulfureuses sont exposées à se détériorer, et avec quel soin il fout boucher les bouteilles d'envoi. Sa température est de 14°; sa pesanteur spécifique de 100,023.

Cette source se trouve sur le hameau de Marlioz, à 25 minutes d'Aix, sur la route de Chambéry; elle forme un heureux complément des eaux minérales d'Aix.

4° La source de *Saint-Simon*, dite aussi *fontaine d'Hygie*, se trouve à 20 minutes d'Aix, à côté de la route de Genève; c'est une eau ferrugineuse acidule froide; elle marque 10 à 12° R. M. Fontan y a constaté la présence de l'acide apocrénique. En tenant compte de ces données, voici comment on peut formuler l'analyse chimique qu'en a faite M. Michel Saint-Martin :

Azote.	quant. indét.
Acide carbonique libre . . .	0,00338
Carbonate de chaux.	0,00592
— de fer	0,00169
Sulfate de chaux.	0,00127
Chlorure de calcium	0,00127
Acide apocrénique.	traces.

Telle elle était quand je l'ai visitée en août 1845; elle déposait un abondant sédiment ocreux. Les écrivains actuels continuent à la décrire encore; mais, en juin 1851, j'ai constaté qu'elle était complétement à sec. Découverte ou plutôt remise en honneur en 1830 et tarie en 1850, elle n'a eu que vingt ans de durée. C'est une perte pour Aix, car elle avait rendu des services. Il suffirait de travaux minimes pour retrouver son filet. Il avait un volume de 50 millimètres selon M. Bertini (*Idrologia minerale*, 1843, p. 263).

5° Je crois devoir ajouter un appendice sur l'*eau de Challes*, à cause de l'usage qu'on en fait à Aix. — La *source de Challes* a été découverte en 1841 par le docteur Domenget, dans sa propriété, à 8 kilomètres de Chambéry. Elle est froide; elle marque 10° R. C'est une eau sulfureuse alcaline iodurée. J'ai constaté que le sulfhydromètre y marque 200; c'est le plus haut degré connu de sulfurisation.

« L'eau de Challes, dit M. O. Henry, est fort remarquable, non-seule-

ment par sa grande richesse sulfureuse, mais par la neutralité du sulfure alcalin (sodium), par la présence de l'iodure de potassium et celle du carbonate alcalin, qui s'y trouvent associés; sa facile conservation offre un avantage réel pour l'expédier au loin. » (*Rapport à l'Académie de médecine de Paris*, 27 septembre 1842.)

C'est un adjuvant précieux des eaux d'Aix; on en retire d'heureux effets dans plusieurs maladies. M. Domenget aura rendu un véritable service à l'art de guérir en la faisant connaître au monde médical.

Je vais maintenant grouper dans un tableau synthétique les analyses chimiques des quatre sources sulfureuses qui précèdent (1) :

SUBSTANCES CONTENUES DANS 1,000 GRAMMES D'EAU.	SOURCES DE			
	SOUFRE. J. BONJEAN. 1838.	ALUN. J. BONJEAN, 1838.	MARLIOZ. J. BONJEAN. 1850.	CHALLES. O. HENRY, 1842.
Azote.	0,03204	0,08040	9,77 centimètres cubes	traces.
Acide carbonique libre.	0,02578	0,01334	4,64 centimètres cubes	»
— sulfhydrique libre.	0,04140	» (à rectifier) (*b*).	6,70 centimètres cubes	? (*b*)
Oxygène.	»	0.01840	»	»
Acide silicique.	0,00500	0,00430	0,006	»
Silicate de soude	»	»	»	0,0410
— d'alumine et de chaux.	»	»	»	
Phosphate d'alumine.				
— de chaux	0,00249	0,00260	»	0,0580
Fluorure de calcium				
Sulfure de sodium.	»	»	0,067	0,2950
— de fer et de manganèse.	»	»	»	0,0015
Carbonate de chaux.	0,14850	0,18100	0,186 (*a*)	0,0430 (*a*)
— de magnésie.	0,02587	0,01980	0,012	0,0300
— de soude.	«	»	0,099	0,1377
— de fer.	0,00886	0,00936	0,013	»
— de manganèse.	»	»	0,001	»
— de strontiane.	traces.	traces.	»	0,0100
Sulfate de soude.	0.09602	0,04240	0,028	0,0730
— de chaux.	0,01600	0,01500	0,002	
— de manganèse.	0,03527	0,03100	0,018	»
— d'alumine	0,05480	0,06200	»	»
— de fer.	traces.	traces.	0,007	»
Chlorure de sodium	0,00792	0,01400	0,018	0,0814
— de magnésium.	0,01721	0,02200	0.014	1,0100
Iodure alcalin	traces.	»	(potassique) q. indét.	0,1099 (potassique).
Bromure de potassium.	»	»	q. indét.	»
— de sodium.	»	»	»	0,0100 (*c*)
Glairine.	q. indét.	q. indét.	q. indét.	0,0221
Soude libre.	»	»	»	traces.
Perte.	0,01200	0,00724	0,017	0,0325

(1) *Nota*. Le signe » signifie absence de la substance.

(*a*) Tous les carbonates sont primitivement à l'état de bicarbonates dans les eaux de Marlioz et de Challes.

(*b*) L'introduction du sulfhydromètre du docteur DUPASQUIER dans l'analyse des eaux sulfureuses permettra de rectifier cette lacune que je signale.

(*c*) En 1843, M. BONJEAN est parvenu à doser exactement l'iode et le brome dans les eaux de Challes: il a trouvé par litre 1/4 de grain d'iodure de potassium, soit 0,0138; et 3 grains et demi de bromure de sodium, soit 0,1925.

On sait que les eaux d'Aix sont particulièrement employées dans les rhumatismes, les maladies chroniques des articulations, diverses dermatoses, les affections scrofuleuses, les paralysies locales, certaines paraplégies, plusieurs névroses et névralgies, etc. Mais aucun auteur ne les indique dans les maladies des yeux : ainsi M. Bertini ne les fait pas figurer dans la catégorie des maux qu'on traite à Aix (*Idrologia minerale degli Stati sardi;* Torino, in-8° 1843, p. 253). Dans le tableau statistique des malades reçus à l'hôpital d'Aix en 1845, tableau dressé par M. Guilland, on ne trouve pas un seul cas ophthalmologique sur un total de 117 admissions (Guilland, *Hospice d'Aix en Savoie,* in-8°, 1846). M. C. Despine ne mentionne pas les affections *oculaires* parmi les huit classes pathologiques qu'il établit d'après la pratique des eaux (*Manuel de l'Étranger aux eaux d'Aix,* 1850, p. 91). M. Bonjean ne les mentioune pas non plus dans son chapitre sur les propriétés médicales des eaux de Marlioz (*Analyse de l'eau minérale de Marlioz,* 1850, p. 29). M. Bertier ne cite pas une seule observation ophthalmologique (*Observations médicales sur les eaux d'Aix,* in-8°, 1851) M. Gromier n'en parle pas non plus (*Sur les eaux sulfureuses d'Aix, Lavey, Uriage et Allevard;* Lyon, in-8° 1842, p. 18), etc. (1).

C'est donc un point de thérapeutique généralement passé sous silence. L'action des eaux d'Aix, en effet, n'a rien de spécifique dans les maladies des yeux ; mais est-ce à dire qu'on ne puisse l'utiliser dans ce sens ? Il est vrai qu'il n'y a point à Aix de *fontaine pour les yeux ;* mais ne peut-on tirer parti des autres sources minérales? C'est là un problème pratique que nous espérons résoudre par une série de preuves décisives.

Ainsi, c'est une voie nouvelle que nous allons ouvrir ; les eaux d'Aix n'ont pas été étudiées au point de vue ophthalmologique ; il n'est pas étonnant que leurs annales soient d'une stérilité complète en ce genre. Si la nouveauté du sujet doit ajouter à son intérêt, il faut aussi reconnaître qu'elle en augmente les difficultés. Toutefois, l'analogie pouvait beaucoup éclairer ; elle m'a servi de guide. Ainsi, comme il y a des maladies oculaires scrofuleuses, rhuma-

(1) En étudiant la médication hydrosulfureuse des Eaux-Bonnes, le docteur Andrieu dit, dans un ouvrage fort bien fait et digne d'être plus connu : « Je n'ai » rien remarqué du côté des organes des sens qui mérite d'être signalé. » (*Essai sur les Eaux-Bonnes;* Agen, 1847, p. 20.)

tismales, névralgiques, paralytiques, spasmodiques, etc., il était rationnel de rechercher ce que ces eaux, si puissantes contre ces affections en général, pouvaient ici produire dans ces localisations particulières. On verra comment j'ai réalisé ces prévisions théoriques, en puisant dans l'expérience des médecins de la localité.

Une première difficulté se présente. Avant de faire voir que les eaux d'Aix peuvent être utiles, il faut d'abord prouver qu'elles ne sont pas nuisibles : *Primum non nocere*, ont dit Hippocrate et Galien. On a manifesté la crainte que les vapeurs humides et chaudes qui se dégagent des eaux thermales n'exposent à une phlegmasie sub-aiguë des conjonctives. Alibert avait déjà adressé ce reproche aux eaux de Plombières. J'ai montré ailleurs (*Annales d'Oculistique,* 1839, t. II, p. 22) ce qu'il fallait en penser. Quant à Aix, j'ai bien remarqué que les étuves et les douches déterminent une congestion sanguine générale à la périphérie du corps, et certainement les conjonctives y participent ; mais ce phénomène n'est que momentané, et, après la réaction, tout rentre dans l'ordre. Or, il y a loin de là à une véritable ophthalmie (1).

J'ai trouvé un contrôle important pour cette doctrine dans l'état habituel des employés des bains : je n'ai pas vu que les doucheurs ni les doucheuses, qui restent si longtemps exposés à l'influence thermale, prissent des maux d'yeux ni des ophthalmies. M. le docteur Blanc m'a assuré qu'aucun d'eux n'avait été forcé d'abandonner son poste pour des accidents oculaires ; M. Despine père me l'a répété ; je dois ajouter que l'opinion de ce dernier a ici une grande autorité à cause de sa longue expérience. En effet, M. Despine a été inspecteur titulaire depuis 1830 ; il était inspecteur-adjoint depuis 1815, et même il n'a pas cessé de suivre les eaux d'Aix depuis environ 1796. Certes, on ne saurait exiger une observation plus longtemps poursuivie.

Ceci posé, nous sommes en mesure d'aborder la question de thérapeutique ophthalmologique ; nous commencerons par les paupières.

M. Despine père et son fils, l'inspecteur actuel, s'accordent à

(1) Je suis pourtant parvenu à en recueillir un cas, mais c'est le seul ; je l'emprunte au docteur GUILLAND ; il est relatif à une religieuse de Lyon, âgée de quarante-deux ans, venue à Aix pour un rhumatisme vague qui datait de six ans. Il se développa, pendant le traitement, une légère sub-inflammation de la conjonctive, qui semblait s'exaspérer durant l'action de la vapeur ; mais elle ne fit pas de progrès, et quelques lotions froides suffirent pour la dissiper.

dire que, dans certaines blépharites chroniques, de nature atonique, les eaux d'Aix ont souvent réussi. Dans la *lippitude*, qui n'est pas rare parmi les baigneurs, M. Despine père a obtenu des cures heureuses. Il emploie des douches thermales sur les pieds, des lotions d'eau d'alun, et des pédiluves minéraux. A l'égard des pédiluves, il a reconnu que, si on les prolonge longtemps, ils peuvent produire une congestion réactionnelle et fatiguer les malades; il préfère les donner plus chauds mais plus courts.

Il a vu plusieurs fois, chez des paysans, l'eau ferrugineuse de Saint-Simon réussir dans les blépharites chroniques; il la conseillait en boisson et en lotions, et la prescrivait comme tonique et résolutive.

M. C. Despine fils, qui se loue aussi des eaux d'Aix dans la blépharite glandulaire chronique, a imaginé d'employer un petit appareil à douche oculaire pour agir directement sur l'organe malade.

Dans ces cas, l'action thérapeutique des eaux appartient à la médication stimulante. Après l'excitation qu'entraîne le travail thermal, un effet réparatoire résulte de cette fièvre factice et éphémère; la nature du mal se modifie, et la résolution peut s'en suivre, comme on le voit fréquemment, soit avec les collyres stimulants au sulfate de cuivre ou au nitrate d'argent, soit avec les pommades de Chérez ou de Janin. (*Voy.* mon *Mémoire sur les ophthalmies,* dans le *Bulletin thérapeutique,* 1837, t. XII, p.62.)

Les ophthalmies simples ne doivent point être traitées à Aix ; elles s'y exaspéreraient. Les ophthalmies scrofuleuses elles-mêmes commandent une distinction importante : il est clair que celles qui sont aiguës ne sont point en cause; il ne peut s'agir que de celles qui sont essentiellement chroniques, et même parmi elles plusieurs ne s'accommodent pas du traitement thermal. Il est d'observation, en effet, que bon nombre des ophthalmies scrofuleuses, qui coexistent chez des sujets venus à Aix pour d'autres maladies, sont d'abord aggravées sous l'influence des eaux; souvent même on est obligé d'interrompre la médication hydrosulfureuse. Toutefois, avec de la prudence, on peut, à la longue, agir heureusement sur le mal oculaire. M. le docteur Blanc m'a cité le cas d'une fille de 17 ans, atteinte d'un énorme engorgement des glandes du cou, avec suppuration de quelques-unes et même fistule; il y avait complication d'ophthalmie scrofuleuse. Celle-ci empira d'abord; on dut suspendre le traitement, et la malade fut forcée

de prendre des conserves bleues; puis elle reprit les eaux et put continuer tout l'hiver. Au printemps, l'état des yeux s'était beaucoup amélioré, et permit de quitter les conserves. A la fin du deuxième été, la guérison était complète, soit pour l'ophthalmie, soit pour les glandes. Le traitement avait duré quatorze mois (1).

Ici, je crois devoir établir une distinction capitale qui n'a point encore été faite, et qui pourtant me paraît d'une haute importance dans l'étude qui nous occupe : il importe d'apprécier l'action des eaux non-seulement sur l'ophthalmie actuelle, mais surtout sur la disposition aux ophthalmies scrofuleuses et sur la tendance aux récidives; or, sous ce rapport, les eaux d'Aix paraissent jouir d'une heureuse efficacité. La plupart de ces ophthalmies se rattachent essentiellement à un vice général de l'économie; il faut combattre simultanément le mal et le principe morbide qui le domine. A ce point de vue, les eaux d'Aix sont souvent un excellent antiscrofuleux. En modifiant le vice strumeux qui entache l'organisme, elles agissent favorablement pour prévenir les jetées scrofuleuses qui attaquent les yeux; leur influence s'exerce alors, si je puis ainsi dire, plus dans l'avenir que dans le présent.

La pratique des médecins d'Aix milite en faveur de mon opinion : M. Despine père pourrait citer nombre d'individus atteints d'ophthalmies scrofuleuses, et qui, venus aux eaux pour d'autres maladies (comme *gourmes, scrofules, dartres des oreilles, eczéma-impétigo du nez et des lèvres,* etc.), n'avaient plus, les années suivantes, rien de leurs affections oculaires. — M. Vidal fils m'a parlé dans le même sens de la petite fille d'un coryphée de la médecine physiologique : son père lui avait appliqué des sangsues à l'épigastre dès les premiers jours de la naissance; elle était restée débile, lymphatique; elle portait des glandes strumeuses; il coexistait une ophthalmie scrofuleuse avec grande sensibilité des yeux. Les eaux d'Aix améliorèrent sa constitution et firent disparaître la tendance aux récidives des fluxions oculaires.

Nous distinguerons donc l'ophthalmie scrofuleuse elle-même (qui souvent s'accommode mal des eaux) de la disposition incessante aux ophthalmies (que les eaux modifient avantageusement).

(1) Le docteur RIGOLFI rapporte une guérison inespérée d'une ophthalmie scrofuleuse grave, obtenue par les eaux de Challes sur un fantassin du 10e régiment. (DOMENGET, *Sur les eaux de Challes;* in-8°, Chambéry, 1845, p. 38) — Les eaux de Marlioz pourront, dans ce cas, être un adjuvant très-utile des eaux d'Aix.

On sait combien l'ophthalmie qui se rattache à un vice rhumatismal est généralement difficile à guérir. On conçoit *a priori* que, dans les phlegmasies oculaires qui dépendent de cette cause, les thermes d'Aix peuvent jouir d'une certaine efficacité, puisqu'ils modifient avantageusement les affections rhumatismales qui abondent parmi les baigneurs (1). Les exemples pourtant sont rares; toutefois je puis en citer deux qui offrent de l'intérêt : l'un est relatif à une *blépharite arthritique;* il a été recueilli par M. Guilland, sur une fille de Liergue (Rhône), âgée de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatique sanguin; elle avait une blépharite chronique, et souffrait d'un rhumatisme goutteux datant de six années. Sous l'influence des eaux, les deux maladies ont été amendées simultanément.

Le second exemple, relaté par M. Vidal, a trait à une *conjonctivite rhumatismale,* coexistant avec un rhumatisme utérin :

Obs. — Madame G***, rentière à Lyon, trente ans, tempérament lymphatique, n'a jamais fait de maladie grave; elle a eu souvent des douleurs vagues et légères dans les membres et le tronc. Mariée depuis huit ans, elle a eu plusieurs couches, à la suite desquelles l'utérus s'est trouvé le siége d'irritations constantes, augmentant au point d'amener des fatigues de tout genre : bas-ventre douloureux, mouvements de la marche pénibles, sécrétion blanche abondante, organe tuméfié; elle était depuis quatre ans dans cet état; sous l'influence de divers traitements, elle a été mieux et plus mal successivement. Enfin, des douleurs se sont montrées intenses aux épaules; une ophthalmie (conjonctivale) est survenue, pendant laquelle l'utérus s'est trouvé mieux. Dès lors, on a trouvé une indication, et la malade a été envoyée aux eaux d'Aix.

Elle y est arrivée le 10 juin 1846, dans l'état que nous venons de mentionner. N'ayant pu supporter le bain d'eau mitigée, elle a été envoyée au vaporarium, où elle restait vingt minutes chaque matin, et cela consécutivement pendant les huit premiers jours. Elle ne s'est reposée que trois fois pendant cette cure, qui a été toute consacrée aux bains de vapeur, et qui a été remarquable par la cessation rapide de l'ophthalmie et la disparition progressive des pesanteurs, irritations et douleurs utérines; ce qui n'eût pas eu lieu pour une phlegmasie chronique simple,

(1) Je ferai remarquer que, sur un total de 1,014 malades traités par M. Despine fils de 1832 à 1841, les affections rhumatismales figurent pour le chiffre de 390, c'est-à-dire presque la moitié. (Voy. *Manuel de l'Étranger à Aix*, 1850, p. 110.) Sur 117 malades traités à l'hospice d'Aix en 1845, M. Guilland indique 48 affections rhumatismales. (*Journal de médecine de Lyon,* juillet 1846.)

avec ou sans engorgement. Cette malade a obtenu sa guérison par deux cures successives, en 1847 et en 1848. » (VIDAL fils, *Essai sur les eaux d'Aix dans le rhumatisme chronique;* Chambéry, in-8°, 1851 p. 89.)

Il ne suffit pas qu'une ophthalmie existe chez un rhumatisant pour être elle-même rhumatismale; une erreur de diagnostic en pareille occurrence doit être évitée avec soin; le traitement thermal nuit alors au lieu d'être utile; j'en pourrais citer plusieurs exemples, je me bornerai au suivant, emprunté à M. Guilland. Il s'agit d'un cultivateur de Caluire (Rhône), âgé de quarante-cinq ans, atteint d'un ancien rhumatisme musculaire, qui porte tantôt sur les reins, tantôt sur le diaphragme, etc.; les yeux se fatiguent à la moindre occasion; il y a une conjonctivite palpébrale chronique. Le traitement a soulagé les douleurs musculaires; il a exaspéré la conjonctivite, quoique la tête ne fût nullement congestionnée durant la douche.

Le praticien ne devra jamais perdre de vue la distinction que je viens de signaler : elle importe autant à son honneur qu'à l'intérêt du malade.

Je terminerai ce chapitre des phlegmasies par la question intéressante des *ophthalmies syphilitiques*. J'en dois deux observations remarquables à M. Despine père, qui a avantageusement expérimenté la médication hydrosulfureuse dans la syphilis invétérée. M. Despine fils écrit à ce sujet : « En résumant la longue expé-
» rience de mon père, qui, le *premier*, a fait marcher ensemble, pour ce
» genre de traitement, les bains, les étuves, la boisson des eaux et
» les diverses préparations mercurielles, j'affirmerai avec certitude
» que nous guérissons à Aix presque toutes les affections chroniques
» de ce genre, quand on veut apporter à la cure le temps et la per-
» sévérance convenables. » (*Manuel,* p. 99.)

OBS. I. — *Ophthalmie syphilitique ulcéreuse.* — Il s'agit d'un enfant de quatorze à quinze ans; le mal datait des premiers temps de la vie. La conjonctivite chronique se compliquait d'une ulcération, avec végétation et dégénérescence, qui corrodait les paupières vers la commissure interne, et creusait jusqu'à l'os unguis. Cette ophthalmie parut suspecte à M. Despine père; il soupçonna une origine syphilitique. En conséquence il traita l'enfant, le soir par des frictions napolitaines à la région plantaire, et le matin par des bains de vapeur, pendant lesquels il fait doucher les pieds. Il obtint une belle guérison en un mois et demi.

OBS. II. — *Ophthalmie syphilitique, tuberculeuse et verruqueuse.* — Il est question d'un ancien militaire qui avait pris la gale pendant les guerres

On sait combien l'ophthalmie qui se rattache à un vice rhumatismal est généralement difficile à guérir. On conçoit *a priori* que, dans les phlegmasies oculaires qui dépendent de cette cause, les thermes d'Aix peuvent jouir d'une certaine efficacité, puisqu'ils modifient avantageusement les affections rhumatismales qui abondent parmi les baigneurs (1). Les exemples pourtant sont rares; toutefois je puis en citer deux qui offrent de l'intérêt : l'un est relatif à une *blépharite arthritique;* il a été recueilli par M. Guilland, sur une fille de Liergue (Rhône), âgée de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatique sanguin; elle avait une blépharite chronique, et souffrait d'un rhumatisme goutteux datant de six années. Sous l'influence des eaux, les deux maladies ont été amendées simultanément.

Le second exemple, relaté par M. Vidal, a trait à une *conjonctivite rhumatismale,* coexistant avec un rhumatisme utérin :

Obs. — Madame G***, rentière à Lyon, trente ans, tempérament lymphatique, n'a jamais fait de maladie grave; elle a eu souvent des douleurs vagues et légères dans les membres et le tronc. Mariée depuis huit ans, elle a eu plusieurs couches, à la suite desquelles l'utérus s'est trouvé le siége d'irritations constantes, augmentant au point d'amener des fatigues de tout genre : bas-ventre douloureux, mouvements de la marche pénibles, sécrétion blanche abondante, organe tuméfié; elle était depuis quatre ans dans cet état; sous l'influence de divers traitements, elle a été mieux et plus mal successivement. Enfin, des douleurs se sont montrées intenses aux épaules; une ophthalmie (conjonctivale) est survenue, pendant laquelle l'utérus s'est trouvé mieux. Dès lors, on a trouvé une indication, et la malade a été envoyée aux eaux d'Aix.

Elle y est arrivée le 10 juin 1846, dans l'état que nous venons de mentionner. N'ayant pu supporter le bain d'eau mitigée, elle a été envoyée au vaporarium, où elle restait vingt minutes chaque matin, et cela consécutivement pendant les huit premiers jours. Elle ne s'est reposée que trois fois pendant cette cure, qui a été toute consacrée aux bains de vapeur, et qui a été remarquable par la cessation rapide de l'ophthalmie et la disparition progressive des pesanteurs, irritations et douleurs utérines; ce qui n'eût pas eu lieu pour une phlegmasie chronique simple,

(1) Je ferai remarquer que, sur un total de 1,014 malades traités par M. Despine fils de 1832 à 1841, les affections rhumatismales figurent pour le chiffre de 390, c'est-à-dire presque la moitié. (Voy. *Manuel de l'Étranger à Aix*, 1850, p. 110.) Sur 117 malades traités à l'hospice d'Aix en 1845, M. Guilland indique 48 affections rhumatismales. (*Journal de médecine de Lyon*, juillet 1846.)

avec ou sans engorgement. Cette malade a obtenu sa guérison par deux cures successives, en 1847 et en 1848. » (VIDAL fils, *Essai sur les eaux d'Aix dans le rhumatisme chronique;* Chambéry, in-8°, 1851 p. 89.)

Il ne suffit pas qu'une ophthalmie existe chez un rhumatisant pour être elle-même rhumatismale; une erreur de diagnostic en pareille occurrence doit être évitée avec soin; le traitement thermal nuit alors au lieu d'être utile; j'en pourrais citer plusieurs exemples, je me bornerai au suivant, emprunté à M. Guilland. Il s'agit d'un cultivateur de Caluire (Rhône), âgé de quarante-cinq ans, atteint d'un ancien rhumatisme musculaire, qui porte tantôt sur les reins, tantôt sur le diaphragme, etc.; les yeux se fatiguent à la moindre occasion; il y a une conjonctivite palpébrale chronique. Le traitement a soulagé les douleurs musculaires; il a exaspéré la conjonctivite, quoique la tête ne fût nullement congestionnée durant la douche.

Le praticien ne devra jamais perdre de vue la distinction que je viens de signaler : elle importe autant à son honneur qu'à l'intérêt du malade.

Je terminerai ce chapitre des phlegmasies par la question intéressante des *ophthalmies syphilitiques*. J'en dois deux observations remarquables à M. Despine père, qui a avantageusement expérimenté la médication hydrosulfureuse dans la syphilis invétérée. M. Despine fils écrit à ce sujet : « En résumant la longue expé-
» rience de mon père, qui, le *premier*, a fait marcher ensemble, pour ce
» genre de traitement, les bains, les étuves, la boisson des eaux et
» les diverses préparations mercurielles, j'affirmerai avec certitude
» que nous guérissons à Aix presque toutes les affections chroniques
» de ce genre, quand on veut apporter à la cure le temps et la per-
» sévérance convenables. » (*Manuel,* p. 99.)

OBS. I. — *Ophthalmie syphilitique ulcéreuse.* — Il s'agit d'un enfant de quatorze à quinze ans; le mal datait des premiers temps de la vie. La conjonctivite chronique se compliquait d'une ulcération, avec végétation et dégénérescence, qui corrodait les paupières vers la commissure interne, et creusait jusqu'à l'os unguis. Cette ophthalmie parut suspecte à M. Despine père; il soupçonna une origine syphilitique. En conséquence il traita l'enfant, le soir par des frictions napolitaines à la région plantaire, et le matin par des bains de vapeur, pendant lesquels il fait doucher les pieds. Il obtint une belle guérison en un mois et demi.

OBS. II. — *Ophthalmie syphilitique, tuberculeuse et verruqueuse.* — Il est question d'un ancien militaire qui avait pris la gale pendant les guerres

d'Allemagne, et qui, peu après la bataille d'Eylau, fut atteint de syphilis. Rien ne put guérir cette double maladie qui, par le mélange de ses deux éléments, semblait à la longue être devenue, pour me servir des expression de M. Despine, une sorte de mulet en pathologie. Cet homme, retiré du service, s'était fait cabaretier, au village du Bourget, près du lac, à 5 kilomètres d'Aix. En 1818, M. Despine entreprit la cure : il y avait une conjonctivite chronique permanente, avec larmoiement continu; l'œil ne pouvait se fermer; les paupières étaient le siége d'une dégénérescence qui avait gagné une partie de la face; elle réunissait les formes verruqueuse et tuberculeuse, et offrait quelque chose de l'apparence du frambœsia. Le malade était hideux. La cure fut longue; elle dura deux ans, et il fit deux saisons la première année. Le traitement consista en frictions napolitaines, alternant avec des bains de vapeur, suivis d'une longue sudation au maillot; pendant la réaction, il buvait de l'eau minérale, additionnée d'un peu de sirop dépuratif. La guérison fut complète; elle ne s'est pas démentie depuis trente ans.

L'étude de la médication hydrosulfureuse dans la syphilis invétérée est trop importante pour que je n'ajoute pas quelques développements; ils sont nécessaires pour en faire mieux apprécier les principes, le *modus faciendi* et la portée qui ont besoin d'être plus connus.

« Après le rhumatisme, dit M. Bertier, les affections qui guérissent le plus promptement et le plus sûrement par l'usage des eaux d'Aix sont les affections syphilitiques secondaires et tertiaires, et toutes celles qui en sont la suite.

» Je n'ai pas la prétention, ajoute M. Bertier, de faire croire que les eaux d'Aix ont la propriété de guérir toutes les affections syphilitiques; il n'existe pas d'eaux minérales qui aient cette vertu (1); seulement j'affirme qu'elles sont un auxiliaire puissant des spécifiques dont elles rendent l'action presque infaillible.

» Beaucoup de praticiens, entre autres M. Ricord, considèrent les eaux sulfureuses en général comme nuisibles dans le traitement de ces affections; c'est même une opinion assez répandue. Cette manière de voir, qui peut être vraie pour certaines eaux sulfureuses, est complétement erronée quant aux eaux thermales d'Aix.

» L'expérience de mes devanciers et la mienne m'ont donné la certi-

(1) Je dois ici faire remarquer les deux faits suivants : le docteur Devecchi a cité l'histoire de syphilides ulcéreuses chez un cavalier du 2e régiment de Savoie, guéries exclusivement par les eaux minérales de Challes, qui contiennent beaucoup d'iodure de potassium. M. Domenget cite un autre cas de syphilides pustuleuses guéries par les mêmes eaux. (Domenget, *Sur les eaux de Challes*, in-8°, 1845, p. 18 et 40.)

tude que les eaux d'Aix, unies au mercure, donnent dans les affections dont il s'agit les résultats les plus satisfaisants; et, chose remarquable! quelles que soient les doses et la manière dont on administre alors les préparations mercurielles, on n'a jamais à redouter le ptyalisme, et pour mon compte, je ne l'ai jamais vu se manifester.

» En outre, les eaux d'Aix sont la véritable pierre de touche pour reconnaître les affections vénériennes, lorsqu'on a des doutes sur leur existence ou qu'elles sont voilées par d'autres maladies. » (BERTIER, *Observations médicales sur les eaux d'Aix,* in-8°, Chambéry, 1851, p. 27.)

M. Guilland avait déjà écrit dans le *Journal de médecine de Lyon* (n° de juillet 1846, p. 39) :

« On répète que les eaux sulfureuses ne guérissent pas seules les affections syphilitiques : cela est vrai, si l'on excepte les cas où il s'agit d'abus des mercuriaux, de complications rhumatismales, etc. Mais ce qu'on ne dit pas assez, c'est que nos eaux facilitent merveilleusement l'administration du spécifique et la rendent praticable dans les cas où l'on avait cru devoir y renoncer. Ce qu'il importe de savoir, c'est que le mercure ne produit jamais la salivation, lorsqu'il est pris concurremment avec nos bains et nos vapeurs... Le docteur Bouchet, de Lyon, avait observé ce fait et l'attribuait à la sulfurisation du mercure. Mon père, dans sa longue pratique, a été plusieurs fois témoin de succès dus à cette combinaison thérapeutique.

» Les eaux sulfureuses ont encore un autre avantage : elles sont une vraie pierre de touche pour discerner la coopération ignorée ou niée du virus vénérien dans certaines douleurs et certaines tumeurs de nature douteuse ou complexe. » (GUILLAND, *Hospice d'Aix*, Lyon, in-8°, 1846.)

M. Vidal fils émet les mêmes principes dans son *Essai sur les eaux d'Aix* (1851, p. 102).

En somme, c'est là un point de pratique sur lequel l'expérience des médecins d'Aix est univoque.

Les maladies nerveuses de l'appareil oculaire sont presque innombrables; mais celles qui peuvent retirer du bénéfice des eaux d'Aix sont en petit nombre.

Je mettrai d'abord en regard deux lésions bien opposées : les affections spasmodiques et la paralysie. — Je commence par le *tic non douloureux des paupières.* C'est une infirmité plutôt qu'une véritable maladie, mais cette infirmité est aussi incommode que désagréable. A l'état chronique, elle est souvent réfractaire aux remèdes. M. Despine père m'a rapporté un cas intéressant de guérison, observé chez une dame fort connue, du département de

l'Ain. Le mal, survenu sans cause déterminée, datait déjà de plusieurs années. Le tic n'était pas circonscrit aux paupières; chaque fois qu'il y avait un clignotement spasmodique, il s'opérait aussi une secousse dans la tête et le cou. Le spasme avait ainsi envahi de nombreux muscles. M. Despine prescrivit des bains minéraux et des douches sur les jambes, et appliqua des courants électriques. Après une saison thermale et quelques séances d'électricité, la guérison eut lieu.

Tandis que dans le tic il y a exagération des fonctions motrices, il y a au contraire dans la paralysie alanguissement ou perte de cette fonction et du sentiment. J'ai montré ailleurs (dans mon *Mémoire sur les paralysies de l'œil et de ses annexes*, voyez *Annales d'Oculistique,* 1838, t. I) comment on parvenait à élucider la question de l'étiologie, du diagnostic différentiel et de la thérapeutique. On peut dire qu'à Aix les paralysies idiopathiques de l'œil et des paupières sont rares; elles compliquent d'ordinaire ou accompagnent des hémiplégies, et se traitent comme elles. M. Despine père combinait le traitement électrique et thermal, et il a vu ces accidents se guérir assez bien quand il n'y a pas trop d'engorgement hyperémique du cerveau et des méninges. Il faut d'ailleurs procéder avec beaucoup de prudence et de ménagement.

M. Despine fils a été frappé de l'asthénie visuelle qu'on rencontre chez quelques paralytiques; fréquemment on la guérit en guérissant la maladie principale. Il ajoute au traitement général l'action de l'eau d'alun qu'il emploie en lotions et en bains d'yeux.

Les eaux thermales agissent surtout comme toniques; mais elles peuvent aussi exercer une influence débilitante sur l'appareil de la vision. Ainsi, j'ai rencontré un certain nombre de baigneurs qui se plaignaient d'un affaiblissement notable de la vue pendant le traitement thermal : leurs yeux se fatiguent par le moindre exercice; ils ne peuvent supporter aucun travail appliquant; il survient, en un mot, un état analogue à ce que j'ai appelé *kopiopie* ou *ophthalmokopie,* c'est-à-dire disposition à la fatigue des yeux. (Voir *Annales d'Oculistique*, t. V, p. 250.) Ce phénomène n'a d'ailleurs qu'une durée éphémère; il cesse après les eaux; il faut avoir la patience d'attendre qu'il ait accompli son cours. Je crois prudent de recommander fortement aux baigneurs de ménager leurs yeux s'ils ne veulent pas que cette asthénie optique se prolonge et devienne une véritable maladie : je propose de la nommer *amblyopie thermale.* M. Vidal fils m'a dit avoir fait des observations tout à

fait confirmatives des miennes. M. Guilland m'a cité l'histoire d'une jeune dame de Rive de Giers, qui, venue à Aix, en 1851, pour une névralgie fronto-temporale, avait éprouvé cette amblyopie thermale; elle en avait déjà souffert, en 1850, aux eaux ferrugineuses de Charbonnières près Lyon.

L'étude de l'amblyopie et de l'amaurose m'a paru prêter à des remarques utiles; elle m'intéressait d'une manière particulière, car depuis plusieurs années je prépare une seconde édition de mon *Traité de l'amaurose* ou *goutte sereine*, pour laquelle j'ai déjà recueilli de nombreux et importants matériaux.

On sait que les amauroses chroniques présentent souvent des complications du côté du cerveau; et, comme les eaux d'Aix sont en général excitantes, on aurait lieu de craindre quelque menace de congestion cérébrale.

Toutes ne sont pas, heureusement, dans ce cas. M. Despine fils m'a fait connaître un fait de guérison qu'il a obtenu chez une femme de trente à trente-cinq ans; elle était de Lensbourg en Mourienne (Savoie), et lui avait été adressée par le docteur Charvoz. Les causes de la maladie n'étaient pas connues; on l'avait traitée sans succès par les dérivatifs, les purgatifs, les vésicatoires, etc. Les eaux améliorèrent beaucoup l'état de la vue, et leur action consécutive acheva la guérison; M. Despine a appris qu'elle avait été complète et durable.

Les affections vermineuses sont très-communes dans les environs d'Aix, où l'on emploie avec succès contre elles la racine fraîche de sureau; c'est un remède populaire dans le pays.

Obs. — M. Vidal père a rencontré un cas d'*amaurose vermineuse* chez une femme de Grésy, âgée de trente-deux ans environ. Elle ne voyait plus; on était obligé de la conduire. Le mal était allé en empirant, surtout depuis un mois. Il prescrivit des vermifuges. La malade rendit des pelotons de vers, et guérit complétement. Il a eu occasion de la revoir souvent depuis; la vue s'est conservée.

Il ne prescrivit pas les eaux minérales; toutefois il paraît qu'elles ne seraient pas sans influence sur les helminthes. M. Despine père a remarqué chez beaucoup d'enfants vermineux une sorte d'instinct qui les porte à boire sans répugnance de l'eau de soufre; il a été conduit à expérimenter son action sur les vers eux-mêmes; il a reconnu que, si on les plonge dans cette eau thermale, ils meurent de suite. Il pense que son ingestion répétée peut leur être nuisible et devenir médicamenteuse, et, sans prétendre aucunement en faire un spécifique, il m'a raconté à ce

sujet le fait que voici. Une jeune fille, qui depuis est devenue une cantatrice célèbre en Italie, souffrait de malaises variés : nausées, crampes d'estomac, gonflement du ventre, coliques, maux de cœur, trouble de la vue, etc. Elle se mit à boire de l'eau de soufre, et au bout de quelques jours elle se trouva guérie, après avoir évacué une énorme quantité de vers ascarides. On fut surpris d'y trouver aussi quelques larves de la mouche œstrus.

L'*amaurose hystérique* constitue une variété non moins intéressante; elle est assez rare. M. Despine père en a rencontré deux cas dans sa pratique des eaux. Dans l'un, il s'agit d'une jeune française qui, de Marseille, était venue habiter Annecy (Savoie). Elle avait perdu la vue à la suite de causes morales tristes. Elle ne voyait plus à se conduire. L'autre cas regarde aussi une jeune fille. On employa les bains minéraux et la douche écossaise; cette alternative de chaud et de froid produisit un heureux effet. M. Despine y ajouta l'action de l'électricité : il appliquait les courants électriques aux lombes et autour du bassin, puis les faisait passer d'une tempe à l'autre. La guérison eut lieu chez ces deux amaurotiques après une saison thermale et quelques séances d'électricité.

Je terminerai ce chapitre sur l'amblyopie et la goutte sereine par une observation curieuse d'*amaurose rhumatismale* que je dois à M. le docteur Blanc.

Obs. — Il s'agit d'une dame de ses parentes, âgée de vingt-six à vingt-sept ans, et qui, à la suite d'une couche, fut prise de douleurs rhumatismales articulaires, avec névralgie dentaire. Elle vint à Aix pour prendre les eaux. Dans une promenade qu'elle fit pendant la cure, elle eut l'imprudence de s'asseoir à l'ombre, sur un banc de pierre, où probablement elle prit froid. Elle ne tarda pas à remarquer que sa vue s'affaiblissait rapidement, et bientôt il survint une *amaurose rhumatismale,* presque complète : elle ne voyait plus à se conduire. L'œil n'offrait d'ailleurs aucune lésion matérielle sensible. M. Blanc crut devoir continuer le traitement thermal. Le rhumatisme se montrait réfractaire; et pour comble d'accidents, les vicissitudes atmosphériques développèrent une ophthalmie catarrhale sub-aiguë. On parvint à triompher de cette complication à l'aide des résolutifs; mais il n'en fut pas de même de l'amaurose. Toutefois le rhumatisme céda peu à peu à l'action pénétrante de l'étuve; et l'amaurose elle-même finit par s'amender à mesure, sous l'influence prolongée des eaux. La guérison devint complète; elle dure depuis deux ans; elle n'a point éprouvé d'échec, et la vue est restée bonne.

Je ne présume pas que les eaux minérales d'Aix exercent une

influence marquée sur la *cataracte* en général. Je citerai seulement comme objet de curiosité un remarquable exemple de guérison d'une *cataracte laiteuse.*

Obs. — Il s'agit d'une fille de trente à trente-deux ans, couturière en gants, qui fut adressée à M. Despine père par le docteur Silvy, de Grenoble : sa vue s'était affaiblie peu à peu ; elle avait été forcée de quitter son état. A son arrivée, elle ne voyait pas à se conduire. Il n'y avait pas d'ophthalmie. On distinguait à travers la pupille une apparence laiteuse. M. Despine ayant appris qu'elle avait eu des dartres à plusieurs reprises, se décida à la soumettre à l'usage des eaux en bains, en douches, en vapeurs, en boisson, etc. L'état général s'améliora. Quel ne fut pas son étonnement d'apprendre, au bout d'environ trois semaines, que la vue elle-même commençait à s'améliorer ! L'aspect laiteux avait diminué. Quelques semaines plus tard, l'absorption avait fait de tels progrès, qu'il ne restait que des débris de la cataracte; la vision avait aussi progressé au point que la malade distinguait de petits objets et pouvait lire de gros caractères. La cure devint complète après l'effet consécutif des eaux.

Voilà sans doute une belle guérison ; c'est certainement un cas très-heureux, mais il est exceptionnel. Aussi est-ce la seule guérison de ce genre que M. Despine père ait rencontrée dans sa longue carrière (1796 à 1851). Aux yeux d'une saine critique, ce fait isolé ne saurait rien prouver en faveur de l'action constatée des eaux dans la cataracte en général. Je dois même dire que M. Guilland a observé un sujet chez lequel il soupçonne que le traitement thermal a pu contribuer au développement d'une cataracte capsulaire.

Je n'apprendrais rien de nouveau en relatant des cas de ptérygion, d'épiphora, de tumeurs, et autres affections analogues, qui se sont montrés rebelles. Cela n'a rien qui doive étonner.

J'aurais été désireux de grouper ici des faits de névrose rhumatique des yeux, de névralgie oculaire, de rhumatisme de l'orbite et de l'œil, de tic douloureux des paupières, et autres maladies semblables, etc.; mais je n'ai pu, malgré mes recherches, recueillir aucune observation de cette catégorie.

J'ose croire néanmoins que mon travail ne manquera ni d'intérêt ni d'utilité; il aura du moins le mérite d'avoir abordé un sujet neuf, en publiant d'emblée une foule d'observations inédites qui, sans moi, auraient probablement été perdues pour l'art et pour la science. C'est une voie nouvelle que je m'efforce d'ouvrir, en mettant en relief les résultats d'une expérience locale. Aucun ouvrage,

à ma connaissance, n'a encore été fait dans ce but; et peut-être le mémoire que j'ai composé sur Plombières (voy. *Annales d'Oculistique,* 1839, t. II, p. 22) et celui que j'écris présentement sur Aix-les-Bains sont-ils tout ce que l'ophthalmologie moderne possède *sur l'action des eaux minérales dans les maladies des yeux.* Cette nouveauté ne peut qu'ajouter à leur valeur. Je sais qu'un juge compétent, M. Furnari, attache beaucoup de prix à ce genre de recherches.

Il me reste maintenant, pour compléter cette étude, à jeter un un coup d'œil général sur l'ensemble de cette revue oculistique. Nous constatons d'abord qu'il s'agit à peu près exclusivement de maladies chroniques. Nous avons vu les eaux d'Aix produire des effets résolutifs dans certaines blépharites chroniques; spéciaux et réparateurs dans l'ophthalmie scrofuleuse et sa tendance aux récidives; presque spécifiques dans l'amaurose et l'ophthalmie rhumatismales; dépuratifs dans l'ophthalmie syphilitique; antispasmodiques dans le tic palpébral; anthelminthiques dans les affections vermineuses; toniques dans la paralysie des paupières, dans l'amaurose chloro-hystérique, etc., etc.

Voilà des résultats très-divers sur des maladies fort hétérogènes. On se demande quel est le mode d'action des eaux d'Aix et quels sont leurs principes actifs.

On a fait figurer leur thermalité en première ligne; mais elle n'est pas tout; car, autrement nos douches domestiques et nos bains de vapeur ordinaires pourraient partout remplacer les eaux minérales; ce qui n'est pas; et même il est d'expérience que les eaux thermales, *peu minéralisées,* sont aussi d'une faible efficacité.

Les principes minéralisateurs jouent donc un grand rôle dans la cure : les éléments salins qui se trouvent ici en grande quantité à l'état de sulfates, de carbonates, de chlorures et de phosphates, jouissent d'une vertu incontestée. On sait combien les eaux thermales salines sont puissantes dans les affections nerveuses, rhumatismales, paralytiques, etc. La richesse minérale des eaux d'Aix leur assigne une place de premier ordre dans cette catégorie.

L'iodure alcalin, que la chimie y révèle, ajoute un degré de plus à leurs propriétés, et leur imprime une vertu spéciale dans les engorgements lymphatiques, les scrofules, et plusieurs maladies des os et de l'appareil oculaire.

L'électricité et les gaz thermaux ne doivent point être oubliés.

Enfin les nombreux éléments sulfureux qui les enrichissent en

font, aux yeux de quelques praticiens, presque un spécifique dans les affections rhumatismales. Je rappellerai que Hufeland conseille, dans le rhumatisme chronique, les préparations de soufre à l'intérieur et les eaux d'Aix-la-Chapelle. A l'exemple de M. Francœur, qui a fréquenté Aix pendant six ans, M. Vidal fils regarde le gaz hydrogène sulfuré comme leur élément actif dans ces maladies; il fait observer que M. Edwards, de Paris, et M. Gosse, de Genève, se louent beaucoup des eaux sulfureuses dans le rhumatisme.

L'action générale des eaux varie dans ses effets suivant le mode d'emploi, suivant la nature du mal et l'idiosyncrasie du sujet.

Le phénomène qui frappe le plus se rapporte à la *médication stimulante,* qui convient particulièrement dans la plupart des lésions chroniques; souvent alors la guérison de l'organe malade ne s'opère, comme l'a remarqué Bordeu, que par un surcroît de vitalité qui modifie sa structure en même temps que sa physiologie. Or, en provoquant une *stimulation* sur l'ensemble de l'organisme, les eaux produisent une *médication révulsive* pour l'organe malade. De même, en agissant sur des appareils organiques plus ou moins éloignés du point souffrant, c'est une *médication dérivative* qu'ils déterminent. Ainsi un médecin habile, qui sait bien manier la médication stimulante, peut à volonté donner lieu à des effets toniques, révulsifs, dérivatifs, etc.

Maintenant, si l'on considère l'influence qu'exercent les eaux sur la peau, les reins et les muqueuses, on ne saurait méconnaître une *médication spoliative;* celle-ci peut devenir *dépurative* dans les scrofules, la syphilis et les maladies humorales; *critique* dans quelques dermatoses; *sédative* dans les névralgies, le rhumatisme, etc.

Sous l'influence de ces médications diverses qui se combinent, se succèdent, se corroborent, on voit des modifications profondes survenir dans l'organisme par une espèce de révolution analogue aux diverses phases critiques que l'âge amène dans la vie humaine. Parfois les plus beaux résultats thérapeutiques s'accomplissent sans perturbation et sans crises qui les expliquent; on est conduit à voir autre chose qu'une médication stimulante : l'action spéciale des eaux d'Aix dans les affections rhumatismales, la sédation qu'elles procurent, la tolérance des rhumatisants pour ces eaux, l'innocuité de l'étuve prolongée chez eux, la saturation sulfureuse qu'on observe à une certaine époque, la nature de la cure, etc., tout semble, aux yeux de quelques médecins, réunir les caractères

d'une *médication altérante spéciale.* M. Vidal fils insiste beaucoup sur ce point dans son intéressante notice :

« Si, dit-il, la tolérance exceptionnelle du rhumatisme pour la médication hydrosulfureuse, si les guérisons vraies, rapides .... où la méthode altérante joue un grand rôle, ... ne suffisent pas pour élever cette médication au rang des spécifiques, elles prouvent au moins une affinité spéciale entre le remède et le mal ; nos observations en offrent encore une autre preuve : nous voulons parler de la réapparition constante des douleurs anciennes pendant la cure, comme si une dernière lutte s'établissait sur tous les points entre le mal et le remède. » (VIDAL, *op. cit.* p. 3.)

J'ai expérimentalement constaté sur moi-même l'action des eaux d'Aix dans le rhumatisme et la diathèse rhumatique. Il ne sera pas inutile d'insister sur ce point, dans l'intérêt des médecins et des malades (1). J'ai accompli ces recherches avec toutes les garanties désirables : comme médecin, j'ai voulu donner l'exemple aux baigneurs, je ne me suis point dirigé moi-même. J'ai choisi, pour régler mon traitement, MM. Blanc et Vidal fils; non-seulement je prenais chaque jour leur avis; mais encore à chaque phase nouvelle de la cure, nous faisions une véritable consultation pour en discuter les principes et en fixer les détails. J'ai plusieurs fois soumis nos décisions à l'examen de MM. Vidal père, C. Despine et Guilland, de qui l'expérience m'était dévouée avec une obligeance dont je ne saurais trop remercier tous ces honorables confrères. L'unité si désirable dans la direction était ainsi conservée tout entière. M. Blanc a particulièrement surveillé tous mes exercices, et m'a personnellement aidé dans toutes mes expériences, où nous procédions avec la plus scrupuleuse rigueur, la montre à secondes et le thermomètre à la main. Je suis arrivé à plusieurs résultats nouveaux ; voici le tableau que j'en ai dressé; c'est le premier de ce genre qui existe *touchant l'action des eaux d'Aix sur la circulation et la calorification chez les rhumatisants.* Je l'ai complété de-

(1) « Quel que soit le mérite des praticiens étrangers aux eaux, il n'en est » qu'un petit nombre qui aient été à même de faire des études assez spéciales » sur ces eaux pour pouvoir donner à leurs malades des informations précises » sur les divers modes d'administration, et pour diriger entièrement leur trai- » tement par correspondance. Du reste, il leur serait impossible de prévoir et » de parfaitement apprécier la nature et le caractère des accidents qui survien- » nent chaque jour. Ce sont donc les médecins de l'établissement qui, par » leurs études spéciales et par leur présence, offrent seuls des garanties suffi- » santes aux malades. » (GROMIER.)

puis que j'en ai donné communication à M. Vidal fils qui l'a inséré dans sa *Notice sur Aix* (Chambéry, 1851, p. 137).

EXPÉRIENCES DU DOCTEUR PÉTREQUIN FAITES SUR LUI-MÊME

touchant l'influence des eaux d'Aix sur la circulation et la calorification.

DATE. Juin 1851.	NATURE DE L'EXERCICE.	TEMPÉRATURE EXTÉRIEURE.	TEMPÉRATURE DE LA SALLE OU DU BAIN.	TEMPÉRATURE DU CORPS. AVANT.	TEMPÉRATURE DU CORPS. APRÈS.	NOMBRE DES PULSATIONS AVANT.	NOMBRE DES PULSATIONS APRÈS. BAIN OU DOUCHE.	NOMBRE DES PULSATIONS APRÈS. ÉCOSSAISE.	NOMBRE DES PULSATIONS APRÈS. RÉACTION.	TEMPS.	OBSERVATIONS.
10 juin	grand bain.	24	34	»	»	»	»	»	»	Électrique.	Gr. bain mal supporté.
11 »	bain vap. s.	22	34	37	38	120	120	0	84	Beau.	Maillot, 1/2 heure; sudation médiocre.
12 »	id.	23	34	37	39	86	118	0	70	Id.	Idem.
13 »	id.	21	36	37	»	80	116	0	68	Id.	Id. sudation abondante.
14 »	id.	22	36	37	39 1/2	84	128	0	70	Électrique.	Maillot pénible; sudation très-abondante.
15 »	grand bain.	22	35	37	37	74	72	0	0	Beau.	Gr. bain bien supporté.
16 »	bain vap. s.	19	35	36 1/2	39 1/2	74	112	0	60	Id.	Sudation abondante.
17 »	id.	23	35	36	38	75	128	0	70	Couvert.	Maillot pénible.
18 »	douche pres.	18	32	36	38	72	100	0	60	Beau.	Réaction douce.
19 »	id.	17	33	36	38	88	140	0	60	Id.	Venu très-vite au bain.
20 »	bain vap. s.	20	36	37	39 1/5	80	128	0	70	Id.	Réaction et sudation convenables.
21 »	id.	20	35 1/4	36 1/3	39 1/4	76	132	0	68	Id.	Idem.
22 »	piscine.	24	35	»	»	»	»	0	»	Couvert.	Bain bien supporté.
23 »	douche écosse.	21	32	36	39	76	120	144	66	Pluie.	Roideurs; 4 paniers à 24, 21, 18 et 16°.
24 »	id.	17	31	35 3/4	38 2/3	76	120	144	62	Frais, incert.	Roideurs: 4 paniers, 24, 20, 18°.
25 »	id.	16	30	35 1/2	38 2/3	74	120	140	60	Beau.	5 paniers à 24, 22, 20, 18°; roideurs moindres.
26 »	id.	18	31	36	39	74	126	124	66	Id.	6 paniers; pas de roideurs.
27 »	id.	22	30	36	38	72	126	92	62	Chaud.	8 paniers; pas de réaction.
28 »	id.	22	36	37 1/4	39	76	140	126	70	Id.	6 paniers; réaction douce.
29 »	id.	22	33	37 1/2	39 1/2	76	140	125	70	Id.	7 paniers; sudation modérée.

Pour l'intelligence de ce tableau, il faut connaître les antécé-

dents que voici : préexistence de douleurs rhumatismales vagues dans les mains, les deltoïdes, les scapulum, etc.; divers lumbagos; plusieurs torticolis passagers; fluxion rhumatismale pleurodynique aiguë en 1850; sciatique à droite en mars 1851, etc.; disposition aux refroidissements.

Pendant toute la durée du traitement, j'ai bu deux à trois verres d'eau de soufre coupée avec un peu de lait et prise à dose fractionnée dans le maillot et durant la réaction, c'est-à-dire le matin avant déjeuner.

Le calorique est noté avec un thermomètre centigrade; les grands bains étaient d'une heure; les douches et bains de vapeur de 15 à 16 minutes environ; chaque douche écossaise était précédée d'une douche aux princes. La chaleur animale était appréciée en plaçant le thermomètre dans l'aisselle.

Des conclusions importantes découlent de ces recherches : le grand bain minéral est difficilement supporté par le rhumatisant au début de la cure; il devient au contraire très-utile vers la fin, et constitue un repos à chaque période du traitement.

La sédation obtenue par le bain de vapeur de soufre est manifeste : car le pouls est tombé de 120 pulsations à 70 (4e bain de vapeur) et même à 60 (5e bain de vapeur). A partir de ce moment la réaction amenait un calme qui n'a pas varié de plus de dix pulsations (60 à 70).

Quant à la douche écossaise, elle est excitante avec quatre paniers seulement d'eau froide; car, après la douche des princes qui avait fait monter le pouls de 76 à 120 pulsations, la douche écossaise l'élève à 144. Avec six paniers, elle semble devenir tempérante; à huit paniers, elle devient tout à fait sédative; car le pouls, que la douche des princes avait élevé à 126 pulsations, tombe à 92 sous son influence; c'est une *medication spoliative* pour le calorique. Si ces effets sont moins évidents dans les deux dernières, c'est que la saturation sulfureuse s'établissait, et que la fièvre thermale commençait déjà à s'allumer; celle-ci survécut dix à douze jours au traitement des eaux; elle était continue, avec des exacerbations irrégulières.

Les phénomènes que nous avons notés pour la circulation s'observent aussi pour la calorification; s'ils sont moins manifestes, c'est qu'ils se passent sur une échelle plus bornée : car elle ne varie que de 3 à 4 degrés seulement (35 1/2 à 39 1/2).

Ces remarques, neuves sous plus d'un rapport, outre qu'elles

élucident divers points de science, offrent une grande utilité pratique. Elles éclairent sur l'action des eaux d'Aix dans le rhumatisme, et peuvent servir de guide pour leur mode d'emploi, suivant les effets divers qu'on veut produire.

Dans les maladies des yeux en particulier, elles permettent de se rendre compte des phénomènes primitifs et consécutifs qui surviennent; les eaux d'Aix, je le répète, sans avoir rien de spécifique pour l'ophthalmologie, jouissent de propriétés actives qu'on pourra avantageusement mettre à profit. C'est dans cette intention que j'ai poursuivi mes recherches; j'ai pris soin de grouper mes observations en corps de doctrine, et de formuler quelques règles fondamentales. J'ai voulu élargir le cadre de la thérapeutique oculaire; mais je ne prétends point qu'on aille aux eaux d'Aix pour des maladies des yeux. Je tiens à ce qu'on ne dénature ni n'exagère le sens de mes paroles; à côté du bien dont il faut profiter, se trouve l'écueil qu'il importe d'éviter. Nous avons dit qu'il n'y a point à Aix de *fontaine pour les yeux;* mais il y a quatre sources efficaces que l'ophthalmologue pourra utiliser dans sa sphère. J'ai surtout voulu donner l'éveil sur le parti qu'on en peut tirer pour guérir. Par cela même qu'elles sont douées d'une grande énergie, il ne faut jamais oublier combien elles seraient capables de nuire, si l'on en faisait une application inopportune; je me suis efforcé de poser quelques principes généraux sous ce double point de vue. Avec ces réserves, j'espère que les observations cliniques de ce mémoire pourront à Aix, comme à Plombières, servir de guide tant aux médecins, pour diriger le traitement le mieux approprié, qu'aux baigneurs, pour se faire guérir simultanément de leurs maux d'yeux à l'aide des eaux minérales qu'ils fréquentaient pour d'autres maladies.

FRAGMENTS OPHTHALMOLOGIQUES;

Par le docteur F. d'AMMON,

Médecin de S. M. le Roi de Saxe, etc., etc.

SOMMAIRE.

I. Opacité de l'orbicule capsulo-ciliaire. — II. Démonstration anatomo-pathologique que la perforation de la cornée, qui survient dans l'ophthalmie des nouveau-nés, peut se faire de dedans en dehors. — III. Ablation de la paroi antérieure de la partie orbitaire du canal lacrymal, comme moyen de guérison de la dilatation de cette partie. — IV. Nouvelles recherches anatomo-pathologiques sur la cornée conique. — V. Extravasation sanguine dans la capsule cristalline. — VI. Modifications qui se manifestent dans les parties internes de l'œil lors de la mort par combustion.

§ I. *Opacité de l'orbicule capsulo-ciliaire; sa valeur pour la cataractologie.*

En 1830 (*Zeitschrift für die Ophthalmologie*, Band I, St. 1), j'ai donné le nom d'*orbicule capsulo-ciliaire* au corps destiné à servir de liaison organique (*voy.* les figures 1, 2 pl. I, de l'article cité) entre les procès ciliaires et la paroi antérieure de la capsule. Ce corps, qui a la forme annulaire, est composé de fibres particulières. Bien que ce fait ait été admis par plusieurs écrivains d'une grande autorité, il a été cependant mis en doute par d'autres qui n'ont voulu considérer cette disposition du système cristallinien et des procès ciliaires que tout au plus comme une partie de la *couronne ciliaire*, qui est sans aucune importance.

Les deux observations suivantes sont destinées à démontrer l'importance pathologique de l'*orbicule capsulo-ciliaire*, dont les médecins qui s'occupent d'ophthalmologie ne peuvent plus désormais ignorer l'existence.

Obs. I. — Dörfel, garçon de 14 ans, est né dans les mines de la Saxe, avec une cataracte congénitale. Il présente la forme spéciale de la tête qui se rencontre si souvent chez les individus qui sont venus au monde avec les yeux cataractés. Les yeux sont en outre affectés de nystagme. L'iris offre, des deux côtés, une coloration d'un jaune verdâtre, et la pupille est très-dilatée.

Le bord pupillaire, aux deux yeux, était dentelé çà et là, sans sécrétion de pigment considérable. Dans le fond de l'œil, immédiatement derrière le bord pupillaire, tout près de la capsule cristalline et même sur son bord, on apercevait un anneau noirâtre, transparent, pourvu d'une grande quantité de fibres blanchâtres, disposées transversalement d'une manière régulière. Les deux pupilles ayant été dilatées au moyen de la belladone, la loupe fit découvrir ce qui suit : la paroi capsulaire antérieure, à sa surface interne, est recouverte d'un nombre considérable de

petites taches irrégulières, épaisses, blanchâtres et un peu saillantes, ce qui la fait paraître opaque et d'un gris bleuâtre. Dans les intervalles des taches, on aperçoit quelques petits points qui sont restés transparents. La nature du cristallin lui-même est presque entièrement méconnaissable. Tout autour du bord de la capsule cristalline (lequel bord n'est pas régulièrement arrondi, mais comme tailladé), existent quelques élévations; des sillons placés entre ces dernières on voit s'élever jusqu'aux procès ciliaires (ainsi dans une direction toujours oblique en dehors), des fibres blanchâtres disposées très-régulièrement et ne laissant entre elles que de petits intervalles. Au moyen de la loupe, il est possible, dans certains points, de reconnaître très-facilement cette disposition particulière, à l'œil droit sur le côté externe, et à l'œil gauche sur le côté interne. On devait par conséquent les apercevoir entre l'iris contracté et le bord capsulaire. Ces fibres blanchâtres avaient moins de largeur près des procès ciliaires que vers la paroi capsulaire.

L'enfant fut opéré, à gauche, par *scléronyxis*. Malgré plusieurs tentatives d'abaissement, le cristallin ne put être déplacé en bas; comme il était très-ramolli, on en fit le broiement.

Une iritis surgit, et détermina la *synizesis pupillae*. M. le docteur Baumgarten aîné, qui m'avait présenté le malade, ne pratiqua aucune opération sur l'œil droit. Je n'ai pas revu ultérieurement ce jeune garçon.

Il y avait évidemment, dans ce cas, opacité de l'*orbicule capsulo-ciliaire*, c'est-à-dire que les corps fibriformes qui établissent un point de jonction entre la capsule cristalline et les procès ciliaires, qu'ils unissent à l'état normal et sur lesquels ils s'étendent circulairement, étaient opaques et vraisemblablement épaissis. Ce fait présente encore ceci de remarquable, que la capsule cristalline était rétractée d'une manière régulière; on y remarquait alternativement des élévations et des dépressions, situées sur son bord; elles ne sont probablement visibles que dans cette circonstance, ou du moins elles prennent alors un développement notable, de sorte que le bord capsulaire était continuellement tiraillé par les fibres particulières de l'orbicule ciliaire qui s'y insèrent à cet endroit; dans le cas actuel, elles avaient d'ailleurs subi un certain raccourcissement par suite du *processus* qui avait amené l'opacité; de là, peut-être, provenait la grande dilatation des deux pupilles.

Obs. II. — Je dois à l'obligeance de M. le professeur Zeis d'avoir pu observer, le 5 juillet 1851, une jeune dame chlorotique, qui, depuis son adolescence, portait aux deux yeux une cataracte d'abord centrale, mais gagnant peu à peu vers la périphérie. Les deux pupilles avaient été for-

tement dilatées au moyen de la belladone. L'iris était bleuâtre. Je remarquai aux deux yeux, entre le bord pupillaire et la capsule cristalline, située plus profondément un anneau noirâtre, assez large; des fibres blanchâtres et minces s'étendaient, comme les raies d'une roue, du bord capsulaire jusqu'aux procès ciliaires. Presque toutes se terminaient juste au bord de la capsule; quelques-unes cependant allaient jusqu'à la paroi antérieure de la capsule elle-même, à la distance de 1 à 1 1/2 ligne de son bord. Le bord capsulaire lui-même était uni, n'offrait pas d'échancrures, et on n'y voyait ni sillons ni élévations. Le professeur Zeis essaya, avec beaucoup de dextérité, de pratiquer l'abaissement de la cataracte : il ne put y réussir. Six semaines plus tard elle était presque complétement résorbée, et la vision était rétablie.

Les deux observations qu'on vient de lire prouvent de la manière la plus positive l'existence d'une opacité de l'*orbicule capsulo-ciliaire.* On pouvait la reconnaître avec une loupe et même à l'œil nu, car la configuration et la position de cette opacité correspondaient exactement au lieu qu'occupe ce petit corps qui, dans l'état normal, est peu développé et tout à fait diaphane, ce qui fait qu'il a été si souvent méconnu. Je ne puis donner au lecteur de meilleur conseil, s'il veut bien apprécier l'existence du phénomène pathologique dont il est question, que de bien étudier la représentation, avec grossissement, que j'en ai donnée dans les planches qui accompagnent le travail que j'ai publié sur l'*orbicule capsulo-ciliaire.* Son opacité est jusqu'à ce jour, pour autant que je sache, restée inconnue. Maintenant qu'elle a été décrite et que l'attention des médecins a été fixée sur elle, on ne la méconnaîtra plus facilement.

Cet article supplémentaire à la cataractologie n'est pas d'ailleurs une simple curiosité ophthalmologique; il est d'une certaine importance pour l'opération de la cataracte, dans la scléronyxie principalement.

Dans les deux observations citées plus haut, l'opération de l'abaissement de la cataracte a été faite avec une habileté incontestable, et cependant il a été impossible de l'exécuter d'une manière complète, et il a fallu avoir recours au broiement. L'opacité de l'orbicule capsulo-ciliaire en était sans doute en partie la cause, car ses fibres étaient raccourcies et épaissies, et la capsule était adhérente aux procès ciliaires d'une manière plus solide que d'habitude. Dans des cas semblables, n'est-il pas maintenant rationnel de conseiller, avant d'opérer la dépression, de diviser autant que

possible, à l'aide d'une aiguille droite, en forme de lance, et bien tranchante sur ses côtés, les fibres épaissies de l'orbicule capsulo-ciliaire, morbidement altéré, en conduisant l'aiguille entre les procès ciliaires et le bord de la capsule cristalline et de ne procéder qu'alors au déplacement du cristallin.

§ II. *Démonstration anatomo-pathologique que la perforation de la cornée, qui survient dans l'ophthalmie des nouveau-nés, peut se faire de dedans en dehors.*

Dans l'ophthalmie des nouveau-nés la perforation du globe a-t-elle toujours lieu, d'après ce qu'indique l'expérience actuelle, par la destruction des tissus s'opérant de l'extérieur vers l'intérieur? Ne pourrait-on pas admettre aussi que la perforation de l'œil peut être la suite de l'inflammation et d'une exsudation plastique dans l'intérieur de cet organe? C'est la question que s'adressait le docteur Linthlen, médecin assistant de la division obstétricale de l'hôpital Sainte-Catherine à Stuttgart, en terminant l'intéressante description qu'il a faite du règne de cette ophthalmie dans le susdit hôpital (*Archiv. für physiolog. Heilkunde* von Vierordt, Stuttgart, 1850, IXe Jahrg., 5-6 Heften, S. 449). Les quelques lignes qui suivent serviront de réponse affirmative à cette demande si bien fondée; j'ai mis à profit à ce sujet mes recherches anatomo-pathologiques.

J'ai eu l'occasion de faire l'examen des yeux d'un enfant qui offrait une double synéchie antérieure à la suite de l'ophthalmie des nouveau-nés. Cet enfant avait huit semaines quand il mourut. Voici le résultat de mon investigation :

OEil gauche. — La sclérotique paraissait très-mince et bleuâtre. La cornée était aplatie. Le globe avait la forme qui est particulière à cet âge, il était plutôt rond qu'allongé. L'iris brunâtre était placé très-près de la cornée, la chambre antérieure étant très-étroite. La pupille, un peu allongée, était tiraillée vers le bas. Derrière la cornée, il existait en cette partie une tache bleuâtre de la grosseur d'une tête d'épingle. De l'extérieur on pouvait juger que l'iris avait contracté une adhérence intime avec cette partie. Le globe fut divisé en deux segments par une incision transversale. Le segment postérieur, quant à ce qui avait trait à la rétine qui offrait la tache jaune et les plis qui lui sont propres, mais pas de *foramen* central, ne présentait rien d'anormal. Après avoir extrait du segment antérieur le corps vitré qui était dans son état natu-

rel, le cristallin et sa capsule, qui avaient été séparés de l'uvée et des procès ciliaires, je remarquai sur la paroi antérieure de la capsule quatre opacités arrondies, séparées, et en forme de points; la paroi capsulaire elle-même était d'ailleurs tout-à-fait transparente. Le cristallin, transparent, était tout à fait normal. Il en était de même de l'uvée et des procès ciliaires. La pupille, vue par derrière, ressemblait à un colobome, se dirigeant obliquement en bas. L'examen de la chambre antérieure fit voir l'iris très-brun à sa surface antérieure; après l'avoir détaché de l'orbicule ciliaire et de la cornée, afin de permettre de pouvoir bien examiner la surface postérieure de cette dernière, on apercevait quelques filaments blanchâtres, qui, de l'orbicule ciliaire gagnaient la *séreuse de l'iris* vers la pupille; celle-ci était presque tout à fait adhérente à la face postérieure de la cornée. Je détachai avec beaucoup de précaution l'iris de son adhérence anormale en faisant une ouverture sur la surface postérieure de la cornée, par conséquent sur la membrane de Descemet. Celle-ci, examinée au moyen de la loupe, parut, dans toute son étendue, changée en une surface rude, ulcéreuse; en dehors de la partie centrale il existait une ouverture assez grande, dans laquelle se trouvait du pigment d'un jaune noirâtre.

Après avoir enlevé la partie de l'iris qui formait procidence, je divisai avec le plus grand soin, au moyen d'une incision transversale, la partie de la cornée dans laquelle se trouvait l'ouverture; on put voir, à partir de cette ouverture qui était placée presque au centre, un canal, formé d'un tissu comme corné, qui se dirigeait en avant à travers la cornée. Ce canal comprenait les trois quarts de l'épaisseur de cette membrane, qui était intacte dans l'épaisseur du quatrième quart. Au milieu de ce canal se trouvait une grande quantité de pigment d'un brun foncé et noirâtre. A la surface antérieure de la conjonctive cornéenne (correspondant à la terminaison du canal, mais qui en était cependant séparée par un quart de l'épaisseur de la cornée resté à l'état sain), on rencontra aussi des particules brunes et noirâtres de pigment disposées irrégulièrement, et dont quelques-unes seulement se trouvaient sur la tache blanchâtre, arrondie, qui existait à cet endroit.

OEil droit. — La forme et la couleur de l'œil droit étaient semblables à celles de l'œil gauche. La pupille, l'iris étant brunâtre, est à peine visible à travers la cornée qui n'est pas très-transparente. La chambre antérieure est large et claire, et l'iris est plus

éloigné de la cornée. En bas on trouve sur la cornée une opacité blanchâtre, dans le milieu de laquelle se voit une tache brunâtre. Le segment postérieur du globe, divisé en deux parties par une incision transversale, présentait la même disposition que celui de l'œil gauche. Dans le segment antérieur la sclérotique, la choroïde, l'uvée et les procès ciliaires paraissaient sains; la pupille était tiraillée en forme de colobome. Sur la paroi antérieure de la capsule cristalline, existaient trois petites opacités blanchâtres, ponctuées; dans le reste de son étendue, elle était tout à fait transparente. Je séparai avec précaution l'iris et le ligament ciliaire d'avec la sclérotique et la cornée. Il fallut employer beaucoup de soin pour parvenir à ce but, car une partie de l'iris s'était introduite dans une ouverture que présentait à la membrane de Descemet. L'iris invaginé était pelotonné comme un morceau de linge lavé, couvert de flocons pigmentaires brunâtres, et offrait çà et là quelques traces d'exsudats plastiques. Après avoir obtenu ce résultat, je divisai la cornée de manière à ouvrir dans toute son étendue le canal cornéen. Ce dernier était assez large, disposé en entonnoir : il commençait à la périphérie et se dirigeait en dehors et obliquement à travers toute la cornée. Il se terminait au feuillet conjonctival, où existait l'exsudat qui s'y était formé et qui avait donné lieu à une tache blanchâtre, de forme allongée. On y trouvait aussi du pigment d'un brun très-foncé. Toute la membrane de Descemet était ulcérée en cet endroit.

Cette autopsie m'a fourni les considérations suivantes : quant à l'œil droit, l'état pathologique de la membrane de Descemet, la grande ouverture d'entrée du point perforé et la diminution de calibre du canal en se rapprochant des couches les plus superficielles de la cornée, rendaient plus que probable que la perforation de la cornée avait commencé par la membrane de Descemet, qui, en forme de coin et obliquement en avant, formait un canal, s'étendant jusqu'au feuillet conjonctival; après la déchirure de celui-ci, il s'était déterminé une fistule complète de la cornée. L'iris avait fait procidence dans l'endroit de la perforation et bouché le canal. Ce mode de perforation de la cornée à partir de la membrane de Descemet vers les couches les plus superficielles de la cornée, et ainsi de dedans en dehors, est mis hors de toute contestation par l'examen nécroscopique de l'œil gauche. Ici, en effet, nous trouvons cette membrane ulcérée et l'ouverture d'entrée dans le canal plus large que le diamètre du canal lui-même, lequel, dans

l'endroit de son parcours où il offre une apparence cornée, n'a point perforé toute la substance de la cornée, mais s'y est terminé en cul-de-sac sur la lamelle la plus extérieure, qui est restée intacte. La tendance la plus prononcée à la scepticité ne saurait empêcher d'admettre la perforation à partir de la chambre antérieure, puisque la lamelle la plus extérieure et la plus superficielle de la cornée, ainsi que le feuillet conjonctival, étaient restés intacts.

Ce fait m'était déjà connu par des observations antérieures; cependant de Walther l'avait mis en doute (*Lehre von den Augenkrankh.*, B. I, S. 375). Toutefois, je n'avais pas encore pu l'apprécier avec autant d'exactitude et de précision que je l'ai fait dans le cas actuel (*voir* mes *Klin. Darstellungen*, t. I, pl. VIII, fig. 1, 2, 3). C'est cette raison qui m'a déterminé, dans le traitement que j'ai préconisé contre l'ophthalmie des nouveau-nés, à tâcher de m'opposer de bonne heure à cette perforation interne de la cornée et d'empêcher autant que possible les tristes accidents qui en sont la suite; c'est dans ce but que j'ai conseillé l'usage de la belladone (voir *Journ. für Ch. und Augenh.* von Walther und von Ammon, Neue Folge, B. I, S. 113, et *Annales d'Oculistique*, t. VIII, p. 157, et t. XIX, p. 30) sous forme de collyre avec une petite quantité d'eau chlorurée. J'ai toujours eu à me louer de cette manière de faire.

Les recherches qui précèdent ont aussi une certaine importance pour la connaissance de la cataracte ponctuée survenant pendant le cours ou à la suite de l'ophthalmie des nouveau-nés. Je n'ai pas l'intention d'en faire ressortir ici toute la valeur; je me bornerai à dire que la procidence de l'iris dans l'ouverture de la cornée, qui a pris son point de départ dans la membrane de Descemet et sans écoulement de l'humeur aqueuse (le canal morbide n'étant pas perforé), est un phénomène pathologique bien remarquable, et qui est digne d'être soumis à une discussion approfondie. (*Voyez* de Walther, *op. cit.*, B. II, S. 8.)

§ III *Cure de la dilatation du canal lacrymal* (dacryocystectasis) *par l'ablation d'un lambeau de la paroi antérieure de la portion orbitaire de cet appareil.*

M. le docteur von Hasner vient de publier un ouvrage de grand mérite sous le titre de : *Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Thränenableitungsapparates;* Prague, 1850, in-8°. Ce traité enrichira beaucoup la connaissance pathologique de ces parties et détruira une foule de notions erronées que la tradition entretenait

sur les maladies dont elles sont le siége, maladies qu'il a surtout éclairées du flambeau de l'anatomie pathologique (1). M. von Hasner s'exprime, comme suit, p. 45 :

« On donne le nom de *dacryocystectasis* à la dilatation de la partie orbitaire du canal lacrymal (qui était autrefois appelée *sac lacrymal*). En examinant sous le point de vue de l'anatomie pathologique cette transformation morbide, on trouve qu'elle consiste dans une dilatation inégale dans le calibre du canal, la partie qui correspond à la paroi antérieure, étant toujours beaucoup plus développée : la muqueuse y est blanchâtre, pâle, ou d'un rouge livide, et on y voit des replis en forme de *diverticulum* qui sont placés contre l'enveloppe fibreuse qui est dilatée. Cette cavité contient une humeur épaisse, visqueuse, d'un brun jaunâtre, ou bien du muco-pus. On trouve toujours que le canal est adhérent dans un point du canal nasal. Les conduits lacrymaux sont à l'état normal; ils n'ont pas augmenté de dimension. Il n'y a que très-rarement du larmoiement. L'ectasie d'une portion du canal lacrymal, produite par une adhérence d'un point inférieur de ce canal, ne peut disparaître que par *la modification totale du canal,* par le changement qu'on lui fait *éprouver en rendant générale l'adhérence qui n'était que partielle.* »

M. von Hasner décrit avec détail l'opération de la cautérisation de la surface interne du canal lacrymal dans l'état de dilatation, et il dit qu'il a eu le bonheur d'obtenir par ce moyen quelques guérisons radicales. En lisant cette communication, il me revint à l'esprit quelques essais d'opérations que j'avais faites dans ces dix dernières années dans le même but, et je vais maintenant publier les faits tels que je les ai trouvés dans mes archives.

Obs. — Pauline Berger, de Meissen, âgée de 13 ans, d'une constitution scrofuleuse, portait au côté droit une dilatation du canal lacrymal de la grosseur d'une fève. L'extrémité supérieure de la tumeur s'élevait beaucoup plus vers le haut qu'on ne le voit ordinairement; on sentait ainsi qu'elle était très-tendue. On devait employer une assez forte pression pour évacuer par les points lacrymaux un pus floconneux qui baignait en grande abondance dans un liquide albumineux, et qui en sortait avec ce dernier. Après avoir évacué tout ce liquide, en pratiquant la compression de la tumeur, la peau éprouva un grand retrait, et je pus y introduire assez profondément l'extrémité du doigt. Je pris alors le parti d'enlever

(1) Voir l'analyse de ce volume, *Annales d'Oculistique,* t. XXVI, pp. 103-118. Nous sommes heureux de voir que l'opinion que nous avons émise sur le mérite de l'ouvrage de M. von Hasner soit partagée par un homme aussi compétent d'une si haute valeur que M. F. d'Ammon. F. Binard.

une certaine portion de la paroi antérieure et dilatée du sac lacrymal (comme c'était en 1842, on nommait encore ainsi cette partie du canal). Voici comment je pratiquai cette petite opération. Je plongeai un petit couteau, semblable à celui qu'on emploie pour la cataracte, dans le point où la tumeur était le plus tendue, et l'enfonçai dans la cavité; mon incision semi-lunaire avait environ 1/2 pouce de longueur. Le liquide de la tumeur s'en écoula à l'instant, et la peau et le canal divisés firent alors une telle saillie, que je pus saisir très-facilement au moyen d'une petite pince un lambeau de ces téguments, que j'enlevai soigneusement avec mon couteau à cataracte. La plaie qui était béante fut ainsi beaucoup agrandie et me permit de voir parfaitement dans l'intérieur du canal. J'y introduisis un petit stylet en argent, et le dirigeai dans le sens de la portion maxillaire; mais il me fut impossible de pénétrer très-avant vers la partie inférieure, et, par conséquent, je ne pus pas arriver jusqu'à la cavité nasale. L'écoulement de sang assez abondant ayant été arrêté par des fomentations d'eau froide et après avoir évacué par quelques injections le sang coagulé qui remplissait la cavité du canal lacrymal qui venait d'être divisé, je réunis la plaie cutanée au moyen de deux épingles à insecte, qui avaient traversé la plaie du canal; ces épingles étaient donc placées dans cette petite cavité maintenant très-réduite et dans les téguments extérieurs, et réunirent ainsi d'une manière certaine les quatre bords de la plaie, de sorte que la peau divisée et la partie du canal dont on avait enlevé un lambeau se trouvaient en contact immédiat. Les lèvres de la plaie ayant été rapprochées sur les épingles, je les maintins par la suture entortillée. La réunion de la plaie se fit de la manière la plus désirable. En examinant à la loupe le morceau de peau du canal lacrymal qui avait été enlevé, on vit que la muqueuse s'y montrait alternativement pâle et rouge à certaines places; elle présentait aussi un fort boursouflement, qui, proéminant en certains endroits, offrait alors des sillons et formait ainsi des *diverticulum*. La portion fibreuse enlevée et appartenant au canal présentait sur la surface qui avait été divisée un tissu réticulaire distendu et épaissi.

On appliqua des fomentations froides sur le côté droit de la face, et on prescrivit un régime sévère. La réaction locale fut peu intense, la douleur modérée. Dans les trois premiers jours, il ne sortit aucun liquide par la plaie du canal; la réunion de la plaie était aussi parfaite que possible. Le quatrième jour j'enlevai avec la plus grande précaution les fils de suture et les épingles; il se manifesta alors une suppuration légère de la couche épidermique, et de l'angle supérieur de la plaie il s'écoula dès ce moment et goutte à goutte une certaine quantité d'un liquide albumineux mêlé de flocons de mucus. La tumeur était alors tout à fait affaissée. On plaça plusieurs fois par jour de la charpie sèche sur la plaie; à chaque pansement il en sortait, à l'endroit indiqué, quelques gouttelettes de

liquide purulent. On dut avoir recours plus tard à quelques attouchements avec la pierre infernale. La guérison fit alors des progrès, et le 24 mars elle était complète, l'opération ayant eu lieu le 24 février 1842. L'endroit qu'occupait antérieurement le canal lacrymal dilaté était affaissé, aplati, encore un peu sensible à la pression et offrant une légère rougeur. La compression ne faisait sortir aucun liquide par les points lacrymaux. Je laissai la malade retourner dans ses foyers, et j'ai eu l'occasion de la revoir quelques mois plus tard. Toute rougeur avait disparu; le lieu de l'incision n'était reconnaissable qu'à une petite cicatrice blanchâtre.

Le docteur Stricker. maintenant médecin praticien à Francfort-sur-Mein, était présent à cette opération, et il a pu en observer avec moi le résultat heureux.

Peu de temps après l'opération dont il vient d'être question, un homme d'une assez forte constitution vint me consulter pour une dacryosystectasis du côté droit. Il avait entendu parler de la guérison de Pauline Berger, et il venait me trouver pour se soumettre à la même opération. Je la fis de la même manière que la première fois et avec le même résultat définitif. Dès le deuxième jour. une inflammation locale intense se déclara, s'étendant de l'endroit des sutures jusqu'au front et aux joues, et m'obligea à enlever les épingles à insecte. Au commencement, la plaie faite pour l'excision du lambeau du canal resta fermée, mais quelques jours plus tard, elle s'ouvrit et donna lieu à une forte suppuration. Après plusieurs semaines, la tumeur s'affaissa. et le canal éprouva une forte rétraction. Dans le point central néanmoins, il resta un petit pertuis par lequel sortaient journellement du pus et du mucus, mais en petite quantité. Cette véritable fistule lacrymale guérit très-lentement; la cicatrisation n'en fut complète qu'au bout de six mois. Il subsista pendant longtemps de la rougeur et un enfoncement du point divisé. Le malade guérit d'ailleurs complétement.

Je dois avouer ici, qu'ignorant les dispositions anatomo-pathologiques du canal lacrymal dans la dilatation morbide de ce conduit, je m'étais basé, pour pratiquer l'excision de la paroi dilatée, sur un motif autre que celui que le docteur von Hasner a fait connaître comme indispensable (l'oblitération du canal). et je ne m'expliquais pas alors d'une manière convenable le résultat satisfaisant que j'avais obtenu de l'opération que j'avais faite pour y remédier. Je croyais, en pratiquant l'excision d'un fort lambeau de la paroi antérieure dilatée de la portion orbitaire du canal la-

crymal, diminuer la cavité du sac lacrymal, et augmenter par là sa force de contractilité; et en enlevant la paroi antérieure au point où la muqueuse offrait ses replis, je voulais empêcher la sécrétion du produit morbide qui s'y accumulait, ou la diminuer au moins et amener ainsi une modification de cette muqueuse à l'état pathologique par l'irritation que devait produire l'introduction des épingles à insecte. C'est en me fondant sur ces raisons que j'avais entrepris cette opération, car je pensais que la partie inférieure du canal lacrymal n'était pas oblitérée. Maintenant il me semble très-vraisemblable qu'au moyen de la suture entortillée de Dieffenbach, qui a été employée dans les deux cas, j'ai déterminé une adhérence complète ou au moins très-étendue de la membrane qui tapisse la cavité de la partie orbitaire du canal.

Quoi qu'il en soit, les deux tentatives opératoires dont il vient d'être question méritaient une mention historique. Peut-être pourra-t-on les mettre à profit dans la pratique. On arriverait ainsi à démontrer que l'excision d'une partie du canal et la réunion au moyen de la suture de la partie divisée peuvent produire l'adhérence de la portion dilatée du canal. sans avoir recours à la cautérisation; on pourrait obtenir ainsi d'une manière plus simple et sans cautérisation le résultat de l'opération que le docteur von Hasner a proposée, et à laquelle l'ont conduit le raisonnement et les faits que lui a fournis l'anatomie pathologique.

§ IV. *Nouvelles recherches anatomo-pathologiques sur un cas de cornée conique.*

Obs. — M. B***, demeurant à Dresde, appartenant à la Suisse italienne, âgé d'une quarantaine d'années, d'une nature très-nerveuse, offrait une conformation spéciale du crâne, semblable à celle que j'ai fait représenter dans mes *Klinische Darstellungen*, tome III, planches XVI, XVII, XVIII. Il était en outre myope à un haut degré, et quand il voulait bien apprécier certains objets, il devait les tenir pour ainsi dire en contact avec ses yeux, mais cependant toujours un peu de côté. Cet homme ne parlait jamais de sa myopie; il la dissimulait autant que possible, et il éloignait avec soin la conversation quand il était question de cette infirmité. J'ai eu l'occasion de le voir journellement pendant plusieurs années, et je m'aperçus bientôt qu'il se manifestait aux deux yeux un reflet opalin, quand les globes étaient mus rapidement dans leurs orbites. Une observation continue me donna la certitude qu'il y avait des deux côtés conicité de la

cornée. En 1846, cet homme mourut, au bout de quelques jours, du typhus abdominal. Je dois à l'obligeance de M. le docteur Hedenus, mon ami, d'avoir pu examiner de près les yeux et la tête de cet individu.

Les deux yeux, dont les cornées étaient fortement coniques, présentaient dans leur diamètre moyen beaucoup de largeur, et avaient la forme de ceux du fœtus.

L'insertion des muscles, qui étaient très-minces et très-tendineux, existait assez profondément dans le tissu de la sclérotique, c'est-à-dire dans un point plus éloigné de la cornée que d'habitude, ce qui frappait d'autant plus à cause de la forme élevée de la cornée conique. En divisant la sclérotique (de l'œil gauche), celle-ci se montra peu résistante et parut très-amincie après l'incision. La capsule cristalline était transparente, et vue de face, elle avait sa convexité normale. Son bord n'était pas si rapproché qu'on le voit communément; il n'était également pas aussi régulièrement fixé aux procès ciliaires. En l'examinant au moyen d'une loupe, la capsule ne paraissait pas polie, mais comme crénelée.

L'orbicule capsulo ciliaire n'offrait qu'un faible développement des fibres qui lui sont propres. Le liquide de Morgagni était abondant et à l'état normal. Le *peristoma Doellingeri* était très-développé; le pigment de l'uvée d'un noir très-foncé, se laissait enlever comme une membrane. La face postérieure de l'uvée laissait voir une grande quantité de nerfs ciliaires assez développés, qui pénétraient dans son parenchyme et provenaient des procès ciliaires. La choroïde avait une couleur de chocolat. Le cercle des procès ciliaires semblait avoir subi un léger déplacement. La couronne des procès ciliaires paraissait un peu rétractée, sans pigment, comme flétrie. La rétine, qui était très-mince, présentait un grand nombre de plis. Il n'existait, ni de l'un ni de l'autre côté, de *foramen centrale;* la tache jaune, au contraire, était très-développée. Le ligament ciliaire était très-épais et très-large. La surface antérieure de l'iris, qui, sous le rapport de ses élévations et des sillons, avait un développement que l'on note rarement, produisait, avec le ligament ciliaire très-élevé, qui était aussi large que l'iris, une apparence remarquable. La surface antérieure de la cornée n'offrait rien de particulier. En la divisant longitudinalement (cela se fit à l'œil droit), elle parut régulièrement solide dans la partie divisée; elle n'était pas plus épaisse à son point de jonction avec la sclérotique que dans sa partie la plus élevée. Proportionnellement, la cornée, comme la sclérotique l'avait offert, montrait moins d'épaisseur que d'habitude. Avant la division de l'œil droit en deux segments, par une incision longitudinale, la cornée avait une forme très-conique, je pourrais dire presque pyramidale. Après la division, cette forme disparut immédiatement; mais aujourd'hui encore la préparation qui en a été faite, et qui est conservée dans l'alcool, prouve que la cornée a partout une épaisseur égale. On voyait sur la membrane de Descemet,

aux deux yeux, des plis soit longitudinaux, soit transversaux, qui avaient une disposition semblable à celle des plis que la capsule cristalline à l'état d'isolement prend si aisément.

La substance du cerveau était normale; sa forme néanmoins, comme le faisait supposer celle de la tête, n'était point régulière. Le cerveau ressemblait beaucoup à celui dont j'ai fait dessiner la base dans un cas où il existait une cornée conique congénitale, avec déformation du crâne, et de plus une amaurose cérébrale, suite d'un vice congénital des couches optiques. (Voir *Klin. Darstellungen*, tome III, pl. XVIII, fig. 4, et l'explication.)

La portion optique du cerveau était au contraire très-développée. Les nerfs optiques étaient plus larges que longs au-devant du *chiasma*; de ce point et dans leur trajet ultérieur jusqu'au globe, ils formaient un angle très-obtus. Derrière le chiasma, les nerfs optiques cheminaient dans une masse épaisse, située en dessous des couches optiques, qui parurent très-volumineuses.

Les résultats de cet examen anatomo-pathologique, dans un cas de cornée conique, ne me paraissent pas sans importance, car ici on ne s'est pas borné à examiner la cornée ; l'investigation s'est portée aussi sur le ligament ciliaire, sur tout le corps ciliaire, la structure de l'iris et de ses nerfs, la forme et la texture du cerveau.

Ce cas appartient évidemment à classe des vices congénitaux de conformation, c'est-à-dire observés sur des individus qui sont venus au monde avec les cornées de forme conique ou pyramidale. D'après mes recherches, il existe une certaine corrélation entre cette conformation congénitale de la cornée et celle du crâne et du cerveau (*Klin. Darst., loc. cit.*); c'est pourquoi je pense que lorsque cette disposition particulière de la tête se présente avec la cornée conique, la difformité de la cornée doit être considérée comme un vice de conformation, qui a été méconnu pendant l'enfance, et qui ne se montre d'une manière bien évidente qu'à une période plus avancée de la vie, ce qui fait qu'on le considère alors comme une affection acquise. Pour bien apprécier et différencier les différentes espèces de cornée de forme conique et pyramidale, il serait important, à présent, de séparer d'abord les cas où cette déformation est congénitale de ceux où la convexité de la cornée est réellement un effet morbide, sans difformité congénitale dans la forme spéciale du crâne. Mais dans les cas où cette difformité est acquise, l'investigation médicale ne peut plus désormais se borner à chercher le siége du mal dans l'état pathologique de la cornée; en se fondant sur les résul-

tats anatomo-pathologiques consignés dans cette observation, on devra aussi porter son attention sur l'état pathologique des autres parties de l'œil, et on sera peut-être alors porté naturellement à apprécier toute l'importance qu'une affection générale, par l'intermédiaire des nerfs ciliaires (comme Arlt le fait si bien remarquer en parlant de l'affection dont il est ici question : *Krankheiten des Auges,* B. I, S. 280, Prag, 1851), peut avoir sur le changement de forme et de structure de la cornée dans les cas de cornée conique acquise.

Peut-être ce nouveau mode d'investigation conduira-t-il à quelques résultats importants pour la science.

V. — *Extravasation sanguine dans la capsule cristalline. Note pour servir à l'histoire de l'hémophtalmie interne et surtout des vaisseaux de nouvelle formation dans les extravasations sanguines.*

Obs. — Un cantonnier robuste, âgé de quarante ans, reçut à l'œil une contusion produite par un fragment de pierre assez volumineux. Une inflammation intense de l'œil avec destruction de la cornée en fut la suite; un staphylôme conique succéda à cette altération de la cornée. Toutefois les accidents inflammatoires continuèrent sous forme chronique, et déterminèrent des douleurs extrêmement intenses; l'œil droit fut aussi affecté. Cet homme étant dans l'impossibilité de travailler pour gagner sa vie, vint réclamer mon assistance : je pris alors le parti d'enlever une portion du staphylôme, dans l'intention de pouvoir ainsi atteindre le corps étranger que je supposais être renfermé dans l'œil. Cette petite opération se fit environ dix à douze semaines à la suite de l'accident. Après avoir pratiqué la première incision et au moment où, au moyen de ciseaux, j'allais faire la seconde, une masse rouge, assez volumineuse, fut lancée hors de l'œil. L'opération fut promptement achevée, et le moignon oculaire éprouva un peu d'affaissement. On interrogea alors le malade pour savoir s'il pouvait maintenant percevoir la lumière; sa réponse fut négative. La guérison de la plaie du staphylôme se fit comme d'habitude; je prescrivis un régime antiphlogistique et des fomentations froides sur le moignon oculaire, qui était toujours assez volumineux. Les douleurs ayant disparu dans l'œil qui avait été opéré, l'œil droit en fut aussi complétement délivré, et quinze jours plus tard, l'opéré put reprendre son travail.

La masse rougeâtre, lancée hors de l'œil, qui avait été la cause de la persistance des douleurs dans l'œil staphylômateux, et dont l'examen spécial à l'aide du microscope a été le principal objet de cette notice, n'était pas, comme je l'avais supposé, un fragment de pierre; c'était le

cristallin avec sa capsule, qui avait pris un développement morbide et avait subi une métamorphose particulière. A l'œil nu, cette masse paraissait fortement colorée en rouge : la capsule était déchirée, et dans la fente qu'elle offrait se présentait le cristallin mis à découvert dans la moitié de son volume. Ces particularités furent encore rendues plus évidentes par l'examen à la loupe. En séparant avec précaution le cristallin de sa capsule, j'en enlevai un petit morceau que je soumis à l'examen microscopique. Dans certains points on voyait des globules sanguins agglomérés formant de petits groupes, et d'un brun rougeâtre. A certaines places, je reconnus de la manière la plus positive des molécules pigmentaires d'une couleur noirâtre, sans forme déterminée. C'était là sans aucun doute la transition vers la formation du pigment. Dans d'autres endroits de la face interne de la capsule, où le sang ne se montrait pas en masses agglomérées, j'ai pu reconnaître très-clairement les globules sanguins; ils étaient rougeâtres, d'une apparence fraîche, vivace; quelques autres étaient comme écrasés, rétractés, d'un rouge sale. Je pus encore reconnaître que certaines séries de globules sanguins s'étaient réunies les unes aux autres sous forme fibrillaire, placées les unes à côté des autres, exactement comme les perles d'un collier : çà et là elles s'étaient soudées sous la forme d'un anneau, et dans certains points, ces anneaux donnaient naissance à quelques rameaux latéraux d'une forme grossière. Je ne puis considérer ces corps que comme les rudiments de la formation vasculaire.

Après avoir examiné avec le microscope la surface interne de la capsule, j'ai employé le même mode d'investigation pour reconnaître différentes parties de la face antérieure du cristallin lui-même, qui de part en part, avait la couleur d'un rouge de sang. La substance cristalline avait ses fibres un peu opaques, fortement colorées en jaune : on y voyait une quantité plus ou moins grande de sang coagulé. Où celui-ci était très-abondant, on ne pouvait distinguer les globules sanguins; mais là où le coagulum était très-peu épais, je pus les reconnaître comme à la surface interne de la capsule; seulement ils y étaient plus apparents, plus frais et plus plastiques.

Ce fait m'a suggéré les observations ophthalmo-pathologiques et physiologiques suivantes :

1° Les douleurs intenses et permanentes qui existaient dans l'œil staphylômateux étaient dues à l'extravasation sanguine, qui, très-vraisemblablement lors de la lésion de l'œil, fut la suite de la déchirure du corps ciliaire et de la dilacération de la capsule, extravasation qui eut lieu dans la chambre postérieure et dans la cavité capsulaire. La quantité de sang épanché était trop considé-

rable pour être résorbée, et elle agissait sur les nerfs ciliaires comme un corps étranger.

2° Le sang extravasé dans l'œil ne pouvant être résorbé, sans doute à cause de l'état d'inflammation des membranes qui avaient été déchirées, éprouva, dans l'espace de trois mois, deux différentes métamorphoses, à savoir : la transformation pigmentaire, et la transformation vasculaire. J'ignore si cette transformation a déjà été observée dans d'autres parties du corps : celle qui se fait en donnant lieu aux granulations et aux fausses membranes arrive fréquemment. Déjà une première fois j'ai observé ce même phénomène dans la chambre antérieure d'un malade chez lequel se développèrent aussi des vaisseaux sanguins qui provenaient d'une extravasation sanguine, qui passa très-lentement à l'état de tache mélanotique située à la partie la plus inférieure de l'iris. Cette observation se fit au moyen d'une forte loupe. Dans le cas actuel, j'ai pu, à l'aide du microscope, apprécier ce phénomène morbide dans ses différents degrés de développement. Je possède plusieurs dessins exacts qui représentent de la manière la plus claire et la plus parfaite cet objet si intéressant sous le point de vue de l'ophthalmologie et de la physiologie.

3° Il est pour moi extrêmement probable que la quantité de pigment deviendrait peu à peu plus considérable et qu'il y aurait formation de nouveaux vaisseaux dans tout œil où le processus de formation pathologique a commencé dans l'extravasation sanguine de la capsule et de la substance du cristallin. Si ce processus pouvait continuer sa marche sans interruption, on verrait survenir progressivement la destruction de la substance cristalline. Le résultat final d'une semblable transformation devrait être ce que les anciens oculistes appelaient une cataracte grumeuse.

VI. — *Changements qu'éprouvent les parties internes de l'œil de l'homme dans la mort par combustion.*

J'ignore si quelqu'un a déjà eu l'occasion d'examiner l'œil d'un homme mort d'une manière violente par le feu; je ne sais si lors de l'événement tragique qui est arrivé sur le chemin de fer de Versailles, en 1842. on s'est livré à des investigations sur l'état des yeux des malheureux qui ont succombé à la suite de cette catastrophe. Je dois à M. Zeis, de cette ville, d'avoir pu faire une semblable recherche; ce professeur m'a fourni l'œil d'un cadavre qui avait été

trouvé complétement momifié dans les ruines et sous les cendres d'une maison incendiée. Une des moitiés du corps était presque entièrement carbonisée; l'autre avait subi une moins grande altération, et les parties molles n'avaient point totalement disparu, de sorte qu'il fut possible d'enlever l'œil hors de son orbite.

Le globe avait conservé sa forme ainsi que sa couleur normales; il était un peu ridé dans la partie scléroticale; la cornée présentait surtout au plus haut point cette disposition; cette dernière membrane était très-graisseuse et à demi transparente. Je divisai la sclérotique avec la choroïde dans le milieu de l'œil, et il ne se fit aucun écoulement de liquide. Quand je voulus détacher les deux segments du globe l'un de l'autre, je les trouvai fortement adhérents dans la partie centrale à une tumeur blanchâtre qui s'étendait à travers le globe, du fond de l'œil jusqu'au cristallin. Je reconnus que cette tumeur était formée par la rétine: celle-ci, dans toute son étendue, était séparée de la choroïde, et il existait maintenant entre ces deux membranes un intervalle qui ne contenait pas de liquide. La rétine s'était retirée sur elle-même; elle était plus épaisse que d'habitude, et présentait des plis longitudinaux. Je la détachai par incision au bord de la capsule cristalline en avant, de sorte que le cristallin et sa capsule, qui était restée en son lieu et place et qui paraissait épaissie, terne et d'un blanc clair, eut sa paroi postérieure à découvert. Je pus alors examiner l'intérieur de la rétine, qui était rétractée, et avait la forme d'un canal; le corps vitré, réduit à un mince volume et ressemblant à de l'albumine un peu coagulée, y était contenu.

La rétine était fort épaisse; la tache jaune avait complétement disparu; on ne pouvait plus reconnaître ni le *foramen centrale*, ni les plis que présente cette membrane. Le pigment de la choroïde, qui commençait uniformément à la sclérotique, n'offrait aucun pli: il était très-foncé et très-abondant. Les vaisseaux en étaient desséchés, et des stries jaunâtres indiquaient leur trajet antérieur. Le cristallin était très-blanc; il avait totalement perdu sa transparence, et était presque complétement confondu avec la capsule. Sa structure fibrillaire était encore reconnaissable sous le microscope dans un tout petit diamètre de la partie restée transparente.

C'est là sans doute un phénomène pathologique extraordinaire: la réduction du corps vitré au minimum de son volume, et, comme conséquence de cette altération, la rétine qui suit le retrait de cette partie et s'y colle en quelque sorte, de manière que peu à peu elle

est réduite à une sorte de cordon. Je puis donc encore la comparer ici au battant d'une cloche, comparaison que j'ai déjà faite (V. *Zeitschrift für die Ophthalmologie*, B. I, S. 330, et *Klin. Darstell.*, t. I, pl. XVIII, fig. 6, et l'explication), en décrivant un phénomène pathologique semblable dans les cas d'ossification de la choroïde, où l'atrophie du corps vitré est la suite de l'étranglement graduel des vaisseaux nourriciers de cet organe. Dans le cas actuel, la disparition presque complète du corps vitré a été produite par la chaleur. La position du globe dans la graisse de l'orbite a mis la sclérotique et la choroïde à l'abri de la destruction totale que la chaleur leur aurait fait subir; celle-ci néanmoins a exercé son action destructive sur le corps vitré à travers ces membranes.

Afin de m'assurer positivement de l'influence de la chaleur sur l'organe oculaire, j'ai exposé des yeux de veau frais à une chaleur de plus en plus élevée; huit minutes après j'ai trouvé que le globe était rétracté. En l'incisant, la cornée s'est montrée amoindrie, épaissie du double, tout comme la sclérotique; le cristallin était blanchâtre et épaissi, sa forme n'avait pas changé; la rétine avait pris, comme l'albumine, l'aspect d'une masse coagulée; le corps vitré avait disparu; la choroïde, rétractée sur elle-même comme la sclérotique, correspondait juste à la face interne de celle-ci, et embrassait ce qui restait de la rétine, qui était rétractée. Ici la chaleur brûlante avait agi trop immédiatement sur la sclérotique et sur la cornée, et avait altéré la structure et la forme de ces membranes. J'ai exposé ensuite à une forte chaleur quelques corps vitrés avec les cristallins, que j'avais enlevés à des yeux de veau à l'état frais. Dans les deux premières minutes, on n'observa aucun changement soit du corps vitré, soit du cristallin. A partir de ce moment le corps vitré commença à diminuer rapidement; il conserva cependant sa transparence, et au bout de quatre minutes environ il disparut, à l'exception d'une très-petite partie qui offrait une certaine épaisseur et était à demi transparente. Le cristallin, qui pendant quelques minutes conserva sa transparence malgré la chaleur, commença, à la troisième minute, à devenir opaque, et en quelques minutes il était réduit à une masse blanchâtre, semblable à de la craie. A l'aide du microscope, il m'a été impossible de rien noter de particulier dans le corps vitré; la cristallin opaque laissait reconnaître sa structure fibrillaire dans les points qui terminaient de très-petites sections qu'on y avait pratiquées.

COMPTE RENDU DES MALADIES DE L'OEIL ET DE SES ANNEXES TRAITÉES PENDANT L'ANNÉE 1850 DANS LE SERVICE DE M. BARRIER; CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOTEL-DIEU DE LYON;

Par le docteur R. PHILIPPEAUX.

Maladies des voies lacrymales.

Fistules lacrymales.— M. Barrier a eu à traiter, pendant l'année 1850, vingt fistules lacrymales. Voici comment on peut les classer, par rapport au sexe :

Hommes, 12. — Femmes, 8.

Fistules lacrymales siégeant du côté droit, 9; du côté gauche, 11.

Fistules	lacrymales	traitées	sans opération.	3
»	»	»	par le fil de plomb.	14
»	»	»	par la cautérisation	1
»	»	»	par le procédé de M. Reybard. .	2
				20

« Si la multiplicité des procédés opératoires était la mesure des pro-
« grès de l'art sur le traitement d'une maladie, quel autre plus que celui
« de la fistule lacrymale serait voisin de la perfection? Depuis le com-
« mencement de ce siècle, une foule de chirurgiens en ont fait l'objet de
« leurs recherches. Anel, Woolhouse, Laforest, Pallucci, Méjan, Petit,
« Monro, Foubert, Pouteau, Lecat, Louis, Heister, Cabanis, Jurine,
« semblent, dans leurs procédés ingénieux, avoir pour ainsi dire accablé
« la nature des moyens de l'art et prodigué les ressources plus encore
« que les obstacles. » (Bichat, *Œuvres chirurgicales de* Désault, tome II, p. 89.)

Au milieu de tant de routes ouvertes, le praticien incertain ne sait souvent quelle est la plus sûre; car malgré les quarante procédés différents dont la pratique a été chargée par autant d'inventeurs, on est encore à en chercher un capable de triompher sûrement de cette affection, la plupart du temps si rebelle. Le procédé de Dupuytren, qui semblait devoir donner de prime abord de fort beaux résultats, est aujourd'hui pour ainsi abandonné. Beaucoup de chirurgiens contemporains affirment avoir été dans l'obligation d'ouvrir de nouveau le sac lacrymal pour extraire les canules à l'aide desquelles Dupuytren prétendait avoir guéri tant de malades.

Jusque dans ces derniers temps, M. Barrier a cru devoir adopter, comme le procédé le plus avantageux, celui qui consiste à laisser dans le canal nasal un fil de plomb à demeure pendant deux ou trois mois. Ceci nous explique pourquoi, sur 20 cas de fistules lacrymales, 14 ont été opérés de la sorte. Le résultat final de ces opérations ne peut être donné ici; car la plupart des malades ayant quitté l'hôpital avec leur fil de plomb, ne se sont pas représentés pour se le faire extraire. Dans beaucoup de cas, surtout chez les sujets scrofuleux, M. Barrier joint à ce procédé la cautérisation à l'intérieur du sac, avec la pâte de chlorure de zinc pour modifier et augmenter la vitalité des tissus, comme on le fait avec succès, par exemple, dans beaucoup d'abcès froids.

L'expérience a prouvé aussi à M. Barrier que l'affection lacrymale, si infructueusement attaquée par les moyens mécaniques, se modifie heureusement sous l'influence d'un traitement médical : aussi s'attache-t-il à combattre les diathèses lorsqu'elles existent.

Une des trois fistules traitées sans opération s'est complétement fermée. Produite et entretenue par une inflammation chronique du grand angle de l'œil, il a suffi de faire disparaître la cause par des applications émollientes et des révulsifs sur le tube intestinal, pour amener une guérison complète.

Les deux autres n'ont été nullement amendées, les malades qui les portaient n'ayant pas voulu se soumettre à la moindre opération.

J'arrive maintenant aux deux cas de fistule lacrymale, traités par le procédé de M. le docteur Reybard. Ce procédé, que son auteur considère comme bien supérieur à tous les autres, mérite d'être vulgarisé : son exécution n'est pas toujours facile, mais les résultats sont très-promptement obtenus. Deux fistules traitées de la sorte ont disparu dans un laps de temps très-court : l'un des deux malades n'a pas été radicalement guéri ; il s'est représenté dans le cours de l'année avec un léger épiphora, mais sans que cependant la tumeur lacrymale eût reparu. Chez l'autre, dont M. Barrier a eu des nouvelles plus de six mois après l'opération, le succès ne s'est pas démenti.

Maladies des paupières.

Le nombre des maladies des paupières s'est élevé au chiffre de 12; savoir :

Ectropion.	7	cas (sur 6 malades).
Kyste séreux. . . .	1	—
Chalazion.	1	—
Athérome.	2	—
Varices.	1	—
	12	cas (sur 11 malades).

Ectropion. — Chez un homme de 40 ans, portant depuis plusieurs années un ectropion de la paupière inférieure, dû à la destruction d'une partie du bord libre et de la peau de la paupière par un lupus, et qui s'accompagnait d'hypertrophie de la muqueuse, il a suffi d'exciser le bourrelet conjonctival et de cautériser un certain nombre de fois la membrane muqueuse soit avec le nitrate d'argent, soit avec le chlorure d'or ou le nitrate acide de mercure, pour amener dans un laps de temps assez court une guérison complète.

Deux autres malades étaient atteints d'un ectropion de la paupière inférieure, produit par une cautérisation profonde, pratiquée pour guérir un charbon dans un cas, une fistule lacrymale dans l'autre. La muqueuse oculaire extrêmement boursouflée a été excisée à deux reprises différentes, et la plaie cautérisée avec le nitrate d'argent. Le résultat de ces deux opérations a été des plus satisfaisants, car, chez l'un, âgé de 17 ans, on a fait cesser un épiphora continuel tout en rendant à la paupière sa situation presque normale : la difformité, lors du départ du malade, était à peine sensible; il n'y avait qu'une légère dépression au dessous de la commissure interne. Chez l'autre, âgé de 35 ans, la paupière très-renversée s'était redressée en grande partie. Dans un autre cas, il s'agit d'une femme âgée de 21 ans, qui portait à la paupière inférieure une petite tumeur du volume d'un gros pois. Comme celle-ci se développait de plus en plus et qu'elle commençait à gêner l'organe de la vue, cette femme voulut s'en faire débarrasser. Elle se mit à cet effet entre les mains d'un empirique qui détruisit cette tumeur par les caustiques : il résulta de cette opération une cicatrice vicieuse, qui amena un ectropion. Lorsque cette malade entra dans les salles de M. Barrier, la paupière inférieure, fortement renversée en dehors, représentait une espèce de V dont les branches étaient formées par les bords de la paupière, et dont l'écartement laissait voir la muqueuse d'un rouge vif et uniforme. La première opération n'eut pas de succès. M. Barrier coupa la bride en travers, disséqua le bord libre de la paupière

pour le relever, et réunit ensuite, par un point de suture entortillée, les deux bords de la plaie en forme de V produite par cette dissection. La suture échoua, la suppuration empêcha la réunion, et la plaie se cicatrisa en reproduisant la difformité. Quand le temps fut venu, M. Barrier tenta une nouvelle opération, mais il suivit un procédé différent. Après avoir disséqué et relevé le bord de la paupière, il combla la perte de substance au moyen d'un lambeau pris sur la joue au niveau de la pommette. Celui-ci fut ramené de bas en haut en décrivant, sur son pédicule situé vers l'angle orbitaire externe, un mouvement de quart de cercle et placé horizontalement sur le fond de la plaie. Assujetti par un seul point de suture et par une bandelette de collodion, il se souda parfaitement. Comme le bord de la paupière allongé par la maladie avait paru trop long, on en réséqua dans la partie moyenne un lambeau de 5 à 6 millimètres. Un fil de soie très-fin réunit les deux bords de cette petite plaie. En résumé, cette opération donna un très-beau résultat et nous montra l'efficicacité de la blépharoplastie, quand elle est habilement pratiquée.

Deux autres ectropions existant chez le même sujet et sur les deux paupières du même œil, consécutifs à des brûlures de la face très-étendues, n'ayant pu être opérés, je me dispense de les rappeler plus longuement.

Enfin, le septième cas d'ectropion lié à une nécrose du frontal non encore complétement guérie n'a été l'objet d'aucune opération.

Kyste séreux. — *Chalazion.* — *Athérome.* — Ces trois espèces de tumeurs de la paupière, observées chez quatre malades, n'ont offert rien d'intéressant. Il a suffi de faire une incision à la paupière pour les enlever; du collodion a été appliqué sur ces petites plaies, qui n'ont donné lieu qu'à une cicatrice à peine apparente.

Varices de la paupière inférieure. — Les varices des paupières sont extrêmement rares. M. Barrier a eu cependant occasion de traiter une pareille affection chez un jeune homme de 24 ans. Ces varices, qui existaient sur la paupière inférieure gauche, étaient caractérisées par trois petites nodosités bleuâtres, augmentant de volume lorsque le malade baissait la tête. Elles n'occasionnaient aucune douleur, mais elles entretenaient un peu de congestion dans les capillaires de la conjonctive et gênaient parfois l'exercice de la vue. M. Barrier les incisa avec la pointe d'une lancette, pour les vider du sang qu'elles contenaient, et plaça, dans chacune de ces petites cavités, un fragment de nitrate d'argent

fondu du volume d'une tête d'épingle. Cette cautérisation amena l'oblitération des varices et la guérison du malade en peu de jours.

Maladies de la conjonctive.

Ces maladies se divisent en :

Conjonctive	29 cas.
Ptérygion	4 —
Total. . . .	33 cas.

Conjonctivite. — Les 29 cas de conjonctivite simple peuvent être classés ainsi qu'il suit :

Conjonctivite	oculaire.	1 cas.
id.	palpébrale.	5 —
id.	oculo-palpébrale. .	23 —
		29 cas.

Si maintenant nous recherchons le nombre de celles qui se sont présentées à l'état aigu ou chronique, nous trouvons :

Conjonctivite	aiguë. . . .	13 cas.
id.	chronique. .	16 —

Sur ce nombre de conjonctivites, huit étaient liées à la diathèse scrofuleuse, tandis que les autres étaient liées tantôt à l'affection catarrhale ou rhumatismale, tantôt à un état simplement inflammatoire.

Il m'est impossible de rapporter ici le traitement qu'il a fallu administrer pour chaque cas en particulier. Je me contenterai de dire qu'ils ont été combattus par un traitement local, associé à un traitement général de l'ordre diathésique, quand ce dernier a été jugé nécessaire.

L'âge de ces 29 malades est ainsi décomposé :

Avant 20 ans. . . .	9 cas
De 20 à 30 ans. . . .	11 —
— 30 à 40 — . . .	6 —
— 70 à 71 — . . .	3 —
	29 cas.

Tous les sujets atteints de conjonctivite scrofuleuse avaient moins de 30 ans.

Ptérygion. — Les quatre cas de ptérygion ont très-bien guéri. M. Barrier les a excisés et a cautérisé la petite plaie avec le nitrate d'argent. Ce traitement a suffi pour les faire disparaître en peu de jours. Ces quatre malades étaient âgés de 22, 23, 45 et 61 ans.

Maladies de la cornée.

Les maladies de la cornée transparente se sont élevées au nombre de 31, à savoir :

Kératites aiguës simples	2
— — avec hypopyon.	3
— chroniques, taies.	15
Corps étrangers fixés dans la cornée.	1
Staphylômes transparents de la cornée.	3
— opaques de la cornée	4
— de l'iris consécutifs à la hernie de cette membrane à travers la cornée.	3
	31

Ces 31 cas se répartissent, suivant l'âge, de la manière suivante :

Avant 20 ans.	9 cas.
De 20 à 30 ans	9 —
— 30 à 40 —	2 —
— 40 à 50 —	7 —
Au-dessus de 50 —	4 —
Total	31 cas.

On sera peut-être étonné qu'il ne soit fait mention dans ce compte-rendu que d'un cas de corps étranger fixé dans la cornée; cela tient à ce que les malades qui sont atteints de pareilles lésions, viennent se les faire enlever et quittent immédiatement l'Hôtel-Dieu.

La plupart des kératites reconnaissaient pour cause prédisposante la diathèse scrofuleuse, surtout chez les jeunes sujets; chez quelques-uns, l'action éloignée de corps étrangers qui avaient produit d'abord une kératite aiguë, avaient laissé des taies, ou une kératite vasculaire, un pannus, etc. Le traitement de ces diverses maladies a été trop variable pour que nous puissions donner ici quelques détails à ce sujet.

Nous renverrons le lecteur aux *Annales d'Oculistique* (t. XXIV, pp. 87-90, 1850) pour les remarques intéressantes que les cas de staphylôme transparent de la cornée ont suggérées à M. Barrier.

Les staphylômes opaques ont dû être le plus souvent considérés comme des maladies incurables. On s'est contenté de les cautériser légèrement, afin de diminuer leur saillie trop considérable, qui entretenait une blépharite chronique et une irritation générale douloureuse de l'œil. Dans quelques cas, l'excision de la tumeur

dû être pratiquée. Nous pourrions citer à ce propos un cas dans lequel cette opération fut suivie du rapprochement et de l'agglutination des bords de la plaie faite à la cornée et du rétablissement incomplet de la vue, résultat auquel le malade n'avait pas été préparé, mais qui lui procura une vive satisfaction.

Inflammations de la conjonctive et de la cornée réunies.

Nous réunissons dans ce groupe les inflammations qui ont attaqué à la fois la conjonctive et la cornée transparente. Sur 43 cas nous trouvons :

Kérato-conjonctivites aiguës, dont 2 avec hypopyon.			28
id.	id.	chroniques.	15
			43

Sur ces 43 malades nous en trouvons :

Agés de 12 à 20 ans.	15
— de 20 à 30 —	11
— de 30 à 40 —	8
— de 40 à 50 —	2
— de 50 à 60 —	3
— de 60 à 72 —	4
Total.	43

Sur ces 43 cas, il y en a 17 dans lesquels la diathèse scrofuleuse était la cause principale de la maladie et lui imprimait des caractères spéciaux. Dans les autres cas, la kérato-conjonctivite résultait soit de violences traumatiques, soit d'influences atmosphériques, soit d'une aménorrhée plus ou moins ancienne.

Les kérato-conjonctivites aiguës ont été pour la plupart combattues par des saignées générales ou locales, par des vésicatoires, des purgatifs, des collyres avec la belladone ou le nitrate d'argent, et par quelques cautérisations avec la pierre infernale. Dans certains cas d'ulcérations ou de pannus, les kérato-conjonctivites chroniques, à part les saignées, ont souvent exigé la plupart des moyens précédents. En outre, les insufflations avec le calomélas en poudre, les collyres avec le sulfate de cuivre, avec le tannin, ont rendu de grands services. Il va sans dire que l'état général des sujets a été combattu par des remèdes adaptés aux indications respectives de chaque cas particulier.

Ophthalmies purulentes et blennorrhagiques.

Les ophthalmies purulentes, simples ou blennorrhagiques ne sont pas très-rares à l'Hôtel-Dieu; M. Barrier a pu en traiter 8 durant l'année 1850, 5 chez la femme, 3 chez l'homme.

L'altération des tissus, propre à cette maladie, marche avec une grande rapidité et s'accompagne promptement, si elle n'est pas combattue activement dès le début, de désordres graves, tels que l'opacité, le ramollissement de la cornée ou même la fonte purulente de l'œil.

Sur les 8 cas, il en est 4 dans lesquels la nature blennorrhagique de l'affection n'était pas douteuse. En voici l'indication sommaire.

Pérot, 26 ans, menuisier. Blennorrhagie déjà ancienne. Conjonctivite aux deux yeux, d'abord légère, devenue purulente depuis 5 jours à l'œil gauche. Chémosis, un peu d'iritis, cornée non altérée. — Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, sangsues, purgatifs, collyre avec le nitrate d'argent. Guérison complète.

Depingny, 31 ans, charpentier. Blennorrhagie depuis 3 semaines. Conjonctivite double depuis 15 jours, qui s'est graduellement aggravée et est devenue tout à fait purulente. La conjonctive seule est affectée. Chémosis, suppuration abondante. — Collyres astringents, vésicatoires, purgatifs, etc. Guérison complète.

Chavasse, 23 ans, ouvrière en soie. Pertes blanches, invasion depuis 4 jours d'une ophthalmie violente. Chémosis énorme, cornée déjà infiltrée de pus; l'œil gauche est seul affecté. — Saignée, cautérisation énergique, purgatifs, etc. Amélioration rapide. L'œil ne se vide pas comme on le craignait, mais la cornée reste opaque.

Reverdy, 21 ans, serrurier. Blennorrhagie depuis 20 jours, ophthalmie purulente double depuis 8 jours. Chémosis, suppuration abondante; à droite la cornée est déjà trouble et ramollie. — Cautérisation énergique, purgatifs répétés, etc. — Guérison complète à gauche; à droite la cornée se perfore en bas, il se forme une hernie de l'iris; mais la vue reste peu troublée.

Dans trois autres cas, l'ophthalmie était purulente, en tout semblable à l'ophthalmie blennorrhagique; mais le commémoratif et l'examen des organes génitaux ne donnèrent qu'un résultat négatif. L'un de ces malades a parfaitement guéri; l'autre est sorti en voie de guérison, mais conservant une opacité partielle sur

l'une des deux cornées. Un troisième est arrivé à l'hôpital avec l'œil droit déjà fondu par la suppuration.

Dans le huitième cas, il s'agit d'une femme de 37 ans, qui, vers la fin d'une fièvre typhoïde, prit une ophthalmie purulente des plus intenses. Un traitement analogue aux précédents empêcha la fonte purulente des yeux; mais il resta une opacité de la cornée, les parties internes de l'œil ayant sans doute participé à l'inflammation. La malade, déjà affaiblie par la fièvre typhoïde, présenta ensuite des abcès multiples qui augmentèrent l'adynamie et finirent par amener la mort.

Maladies de l'iris.

Les 17 cas d'iritis peuvent être ainsi classés :

Iritis aiguë.	1	cas.
— chronique	3	—
Irido-capsulite aiguë.	1	—
— — chronique . .	12	—
	17	cas.

Parmi les traitements employés ou vantés pour combattre l'iritis, M. Barrier donne la préférence au calomélas, administré à petite dose, de manière à produire la salivation; il associe en même temps à cette médication l'emploi de collyres à la belladone, qui dilatent la pupille et empêchent et diminuent la congestion sanguine de l'iris.

C'est en suivant cette méthode que l'iritis aiguë a été promptement guérie et les trois chroniques améliorées. L'irido-capsulite a été aussi enrayée par cette médication, qui n'a amélioré que trois irido-capsulites chroniques. Enfin, quatre opérations de pupille artificielle ont été jugées nécessaires pour remédier à une cécité presque complète, survenue à la suite d'une irido-capsulite chronique, accompagnée, dans un cas, d'opacité et de perforation de la cornée transparente.

Dans deux cas, M. Barrier a pratiqué cette opération par incision; dans deux autres, par excision. Un résultat négatif est bientôt venu faire cesser le peu d'espérance qu'on avait fondée sur de pareilles opérations. Les quatre malades ont quitté l'hôpital, ne voyant pas mieux qu'auparavant. Ce résultat de l'opération de la pupille artificielle ne doit pas étonner; car, si les cas pour lesquels on l'emploie n'étaient pas si difficiles à guérir, le chirurgien pour-

rait sans doute en triompher par un bon procédé opératoire, et l'on n'aurait pas la stérile peine d'apprendre à exécuter environ 72 procédés différents dont la pratique a été chargée par autant d'inventeurs.

Maladies de l'appareil cristallinien.

Luxation du cristallin.	2 cas.
Capsulite et irritation de la rétine. .	2 —
Cataracte.	99 —
Total. . .	103 cas.

Luxation du cristallin. — Les deux cas de luxation du cristallin, maladie très-rare et très-intéressante, ayant été publiés dans les *Annales d'Oculistique* (t. XXIV, pp. 83-87, 1850), je me contente de les citer.

Capsulite. — Des deux cas de capsulite, l'un a cédé en totalité à un traitement antiphlogistique; pour le second, on est parvenu à faire cesser l'irritabilité concomitante de la rétine, mais la capsulite a persisté.

Cataracte. — Sur 99 cas de cataracte, nous comptons :

Hommes.	56
Femmes.	43
Total. . . .	99

L'influence de l'âge est résumée dans le tableau suivant :

De 12 à 30 ans. . . .	9
30 à 40 . . .	4
40 à 50 . . .	18
50 à 60 . . .	20
60 à 70 . . .	30
70 à 82 . . .	18
Total. .	99

Sur 99 malades, 12 n'ont pas été opérés; 87 l'ont été : sur ce nombre, 81 malades n'ont subi qu'une opération, et 6 en ont subi deux. De telle sorte que nous avons un total de 93 opérations, qui se divisent en 83 cas d'extraction et 10 d'abaissement ou de broiement. Les 83 opérations d'extraction ont fourni 60 succès, que M. Barrier divise ainsi :

1° Succès parfaits	28
2° — complets. . . .	28
3° — incomplets . . .	4
Total. . .	60

3..

Il y a eu 25 cas d'insuccès.

Ces chiffres donnent pour les succès une proportion de 72, 29 sur 100, en comptant les yeux opérés, bien entendu.

Ce beau résultat sera mis dans tout son jour dans un mémoire étendu que M. Barrier se propose de publier prochainement.

Sur les 10 cas d'abaissement, nous comptons :

Succès complets. . . .	4	6
— incomplets . .	2	
Insuccès	4	
Total. . .	10	

Il est bon de remarquer, pour expliquer cette forte proportion d'insuccès, que sur ces dix cas plusieurs présentaient des cataractes très-compliquées, et dès lors moins favorables au succès d'une méthode quelconque.

Maladies de la choroïde, de la rétine et du corps vitré.

Amaurose. — L'amaurose est une maladie que l'on observe fréquemment dans les hôpitaux, mais contre laquelle la plupart des traitements, même les mieux dirigés, se montrent complétement inefficaces. Qu'elle soit liée à une choroïdite ou bien à une lésion du corps vitré et de la membrane hyaloïde, ou qu'elle ne soit que la conséquence d'une affection de la rétine, toujours est-il qu'elle se montre souvent rebelle à nos méthodes curatives. Sur les 29 cas que M. Barrier a eu à traiter, quelques-unes incomplètes ont pu être légèrement améliorées par une thérapeutique appropriée; mais le plus grand nombre n'en a éprouvé aucune espèce de résultat satisfaisant. Il en est malheureusement de cette maladie comme de bien d'autres; elle semble déjouer nos espérances, et laisse le praticien se consumer le plus souvent en efforts stériles.

Staphylôme de la choroïde et de la sclérotique.

Je ne ferai que mentionner ici deux cas de staphylôme, l'un de la choroïde, l'autre de la sclérotique. Ni l'un ni l'autre n'ont pu être guéris.

Maladies de la totalité du globe oculaire.

Trois cas de dégénérescence cancéreuse de l'œil ont nécessité

l'extirpation complète de cet organe : le succès de l'opération a été complet chez tous ces malades qui ont quitté l'Hôtel-Dieu totalement guéris. Un quatrième cas a été jugé incurable, la maladie ayant déjà attaqué une grande partie de l'orbite.

NOTE SUR LE MIROIR OCULAIRE, INVENTÉ PAR M. HELMHOLTZ, POUR L'EXPLORATION DE LA RÉTINE DANS L'OEIL VIVANT ;

Par le docteur F.-C. DONDERS,

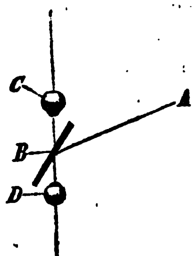
Professeur à la faculté de médecine de l'Université d'Utrecht, etc.

Pendant le séjour que j'ai fait à Londres, il y a quelques mois, M. de Gräfe, de Berlin, m'annonça que M. Helmholtz, professeur de physiologie à l'Université de Königsberg, venait de trouver le moyen d'explorer la rétine de l'œil vivant. Nous fûmes d'avis, M. de Gräfe et moi, que les principes qui servaient de guides à M. Helmholtz pouvaient lui faire atteindre le but qu'il se proposait. Le professeur de Königsberg vient de faire connaître sa découverte, dans une brochure intitulée : *Beschreibung eines Augenspiegels zum Untersuchung der Netzhaut am lebendem Auge* (Berlin, 1851, Forstner, 8° pp. 43) ; je m'empresse de communiquer au lecteur les résultats qu'il a obtenus.

Pourquoi le fond de l'œil paraît-il complétement noir, bien que les vaisseaux de la rétine, le lieu d'insertion du nerf optique, et la rétine elle-même réfléchissent la lumière ?

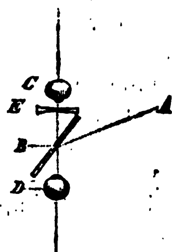
C'est que les rayons lumineux qui frappent un point donné de la rétine, pour autant qu'ils sont réfléchis, se réunissent en dehors de l'œil précisément dans le point même d'où ils sont partis, et que, par conséquent, dans chaque position, ce ne sont que les rayons de sa propre pupille noire qui reviennent dans la pupille de l'œil qui observe. Ainsi donc, pour examiner la rétine, il faut que le regard puisse plonger dans l'œil selon la direction suivie par la lumière qui y entre.

Comment réaliser cette condition ? D'une manière fort simple. En dirigeant le regard dans l'œil à travers le verre même qui sert de miroir réflecteur.



Soit A la flamme d'une bougie, dans une chambre obscure, B une plaque en verre ayant les deux surfaces parallèles. Les rayons lumineux venant de A et B seront projetés dans l'œil observé D, et l'œil observateur C voit dans la pupille de l'œil observé D dans la direction suivant laquelle entrent ces rayons. Dans cette expérience, que j'ai vérifiée dès la première épreuve que j'ai tentée, la rétine apparaît éclairée, et il est très-facile de voir successivement les diverses parties de la membrane en faisant tourner l'œil à observer dans des directions différentes, ainsi que l'indique M. Helmholtz.

Mais voit-on, par ce moyen, des images bien nettes de la rétine? Nullement. Il faut, pour que cette condition se réalise, que les rayons lumineux qui partent d'un point de la rétine à observer se réunissent dans un même point de la rétine observatrice. L'œil que l'on veut observer est accommodé pour la vision d'objets plus ou moins rapprochés; il s'ensuit que les rayons qui se réunissent exactement sur la rétine ont atteint la cornée en divergeant légèrement; les rayons réfléchis de la rétine suivent nécessairement le même parcours: c'est donc en convergeant qu'ils tombent sur la cornée de l'œil observateur. Ces rayons convergents se réunissent avant d'arriver à la rétine. Il s'agit, par conséquent, de les rendre parallèles ou légèrement divergents avant qu'ils frappent l'œil observateur, et si les expérimentateurs sont myopes, les rayons doivent même être rendus assez divergents. Cela s'obtient à l'aide d'un verre concave du nº 6 à 12 de l'échelle ordinaire, qui est désigné par la lettre E dans la figure ci-contre. La force de ce verre concave est déterminée par la puissance réfringente tant de l'œil observé que de l'œil observateur. On a en outre l'avantage que l'œil observé et l'œil observateur se rapprochent de très-près et que l'on observe alors une assez grande partie de la rétine, dont on voit les images sous un grossissement de 24 fois à peu près. Dans cette expérience, il faut considérer les milieux réfringents de l'œil observé comme l'objectif d'un microscope dont le verre concave serait l'oculaire. L'emploi de deux verres concaves, comme oculaire, n'aurait ici aucun avantage.



M. Helmholtz a construit, d'après ces principes, un instrument dans lequel les miroirs les meilleurs réflecteurs sont disposés sous l'angle le plus avantageux, et dans lequel on peut ajuster différents verres concaves (deux à la fois pour les yeux fortement myopes). La réunion de toutes les parties, dans un pareil instrument, dont la surface interne est tapissée de velours noir, est surtout indispensable, puisque toute lumière étrangère doit être écartée de l'œil observateur, la lumière réfléchie n'étant déjà pas vive.

J'espère être bientôt en possession du nouvel instrument. Je m'efforcerai dès lors d'obtenir qu'il soit fabriqué ici à un prix modique. Les résultats annoncés par M. Helmholtz feront sans doute naître chez un grand nombre de personnes le désir de les vérifier par eux-mêmes.

Le point d'entrée du nerf optique (où il y a absence de pigment) se distingue par sa couleur blanche. On voit pénétrer l'artère et la veine par la substance du nerf optique qui est éclatante et transparente durant la vie. L'artère se distingue aisément de la veine par le rouge vif du sang et les doubles contours de sa paroi. L'aspect des vaisseaux rouges nettement dessinés sur le fond blanc de cette partie est magnifique à voir. M. Helmholtz a toujours distingué, un peu vers l'intérieur, à côté du nerf, une petite ligne ombrée en forme de faucille, qui paraît être le résultat d'un pli de la rétine. La rétine offre dans le reste de son étendue un fond légèrement rouge dépendant des vaisseaux capillaires, tandis que les grosses ramifications sont vues distinctement. Le fond est plus éclatant aux environs du nerf optique parce que la rétine y est plus épaisse. La tache jaune, qui est située dans l'axe optique, se reconnaît à sa couleur foncée, gris-jaune, sans mélange de rouge; on n'y distingue pas de vaisseaux. L'examen est ici embarrassé par l'image de réflexion de la cornée.

D'après ce que l'on observe sur les yeux sains, M. Helmholtz ne doute nullement de la grande facilité avec laquelle les diverses altérations de la rétine pourront être appréciées. On pourra distinguer avec certitude la congestion vasculaire, la distension variqueuse des vaisseaux, des exsudations qui se forment dans le tissu de la rétine, au-devant ou en arrière de cette membrane (selon que les vaisseaux y sont recouverts ou non); les opacités de l'humeur vitrée, le degré d'opacité en divers endroits, etc., pourront également être reconnus.

Le miroir oculaire doit encore être considéré comme une

conquête, au point de vue physiologique. A son aide, on peut juger du degré de netteté avec lequel les images sont projetées sur la rétine; peut-être parviendra-t-on à mieux saisir les causes de la diplopie uni-oculaire; on obtiendra là certitude que l'œil change de forme dans l'acte de l'accommodation, puisque, pour voir exactement les vaisseaux de la rétine, il faut changer de verres, en prendre de plus ou moins concaves selon les distances différentes auxquelles l'œil à examiner a été ajusté; enfin, on pourra acquérir la preuve objective de l'existence ou de la non-existence de la myopie, puisque, dans l'expérience, on détermine la force du verre concave qui est requise pour que la rétine puisse être nettement distinguée. Ce dernier point est fort important en ce qu'il permettra de se prononcer sur la validité des réclamations des miliciens.

On ne voit pas d'image au lieu de l'entrée du nerf optique. La lumière pénètre ici dans le nerf. Pourquoi donc se demande avec raison M. Helmholtz, tout le champ visuel n'est-il pas illuminé dès que la lumière frappe cette partie dans laquelle tous les filaments nerveux sont réunis?

La solution du problème paraît plausible. Toute irritation du nerf optique produit, il est vrai, une sensation de lumière; mais les ondulations de la lumière ne se communiquent qu'à l'expansion formée par la rétine. Irrité plus fortement d'une manière mécanique, le tronc du nerf optique donne également lieu à une sensation de lumière, mais il n'est pas apte à être impressionné directement par les ondulations. C'est ainsi que la sensation du chaud et du froid n'est point perçue par les troncs nerveux, mais seulement par les nerfs cutanés périphériques. Bien certainement il n'y a aussi qu'une seule couche de fibres de la rétine qui soit affectée de la lumière, tandis que les couches plus profondes s'étendent plus périphériquement pour y acquérir à leur tour une expansion locale sensible aux ondulations de l'éther. Croira qui voudra qu'il y avait perception de la lumière qui venait frapper le nerf optique divisé, chez un malade dont l'œil avait été extirpé par M. Baumgarten! J'attache, pour ma part, peu de prix à l'autorité d'un observateur qui vient de subir une opération aussi grave que la section du nerf optique!...

II. — REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journaux français.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.

Des différentes variétés d'ophthalmie et de leur traitement. — Ce qu'on va lire est textuellement extrait du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (1850), publié à Paris par le docteur Lucas-Championnière :

» En consacrant quelques-unes de ses conférences à l'étude clinique de l'ophthalmie, M. Trousseau a déclaré qu'il ne traitait point cette question au point de vue scientifique. L'histoire qu'il a faite n'a donc rien de commun avec celle des auteurs ; c'est tout simplement le récit de ce qu'il a vu depuis dix ans.

» Toutes les ophthalmies, a dit ce médecin, peuvent se rattacher à deux chefs principaux : *ophthalmie catarrhale* ou inflammation de la conjonctive oculo-palpébrale, et *ophthalmie kératique* ou inflammation de la cornée.

» OPHTHALMIE CATARRHALE. — L'ophthalmie catarrhale ou muqueuse comprend plusieurs espèces dont la distinction est capitale. Il y a :

» 1° *L'ophthalmie catarrhale simple.* Sous l'influence d'un coup de froid, les yeux s'injectent, deviennent pleureurs. C'est une maladie sans gravité qui guérit toute seule.

» 2° *L'ophthalmie épidémique simple,* ou *cocote.* Elle règne chez les enfants et chez les adultes. Il y a rougeur, sécrétion mucoso-puriforme, quelques douleurs, un peu de photophobie. Cela dure quatre à cinq jours et passe sans le secours de l'art. Cette forme est essentiellement contagieuse et frappe tout un pensionnat à la fois.

» 3° L'ophthalmie des nouveau-nés, qui présente quatre variétés : L'ophthalmie *simple*, l'ophthalmie *puerpérale*, l'ophthalmie *blennorrhagique* et l'ophthalmie *leucorrhéique.*

» L'ophthalmie *simple* apparaît trois ou quatre jours après la naissance ; elle dure huit à dix jours et cède sans être traitée autrement que par le lait que les nourrices font jaillir de leur sein entre les paupières de l'enfant.

» L'ophthalmie *puerpérale* est celle qui frappe les nouveau-nés pendant les épidémies de fièvres puerpérales dans les établissements publics.

» C'est à l'époque où règnent les péritonites, les gangrènes de la vulve dans les Maternités et les fièvres suppuratives dans les autres hôpitaux, qu'on voit les nouveau-nés prendre cette ophthalmie toute semblable

à la première, mais qui en diffère en ce qu'elle peut crever l'œil en quatre ou cinq jours.

» L'ophthalmie *blennorrhagique* survenant quand l'enfant traverse une vulve infectée d'écoulement vénérien est d'une gravité énorme.

» Enfin l'ophthalmie des nouveau-nés peut être *leucorrhéique* quand elle est produite par le contact des flueurs blanches; mais celle-ci n'a pas de gravité.

» 4° Après l'ophthalmie des nouveau-nés vient une ophthalmie non moins grave et très-commune : c'est *l'ophthalmie égyptienne* si bien décrite par Larrey. Des régiments anglais qui l'ont prise en Égypte de 1799 à 1801, et qui ensuite ont successivement tenu garnison à Corfou, à Malte et à Gibraltar, l'ont naturalisée dans ces résidences où les casernes en sont encore infectées, malgré tout ce qu'on a pu faire pour la déraciner. Elle a été plus tard, en 1815, transportée en Belgique et s'y est conservée, mais moins complétement cependant que dans les régiments anglais, dont le personnel est immuable : puis elle est venue en France où nous la voyons sévir sur des salles entières et frapper tous les âges indistinctement. A l'hôpital des Enfants, la salle Saint-Louis compte depuis vingt ans une série permanente de quinze malades au moins affectés de cette ophthalmie. L'année dernière, une jeune religieuse du service lui a dû une cécité complète; depuis cette époque, deux infirmières et une religieuse ont perdu, soit un œil, soit les deux yeux ; et ces faits se renouvellent chaque année. Les symptômes de l'ophthalmie égyptienne sont importants à connaître. Pendant un, deux ou trois jours, l'enfant a un peu de rougeur des yeux, de la lippitude; les paupières sont collées par un peu de mucus; il n'y a point de photophobie, point de douleurs de tête. Dans d'autres cas, l'enfant prend un peu d'irritation, puis le matin et le soir il y a un gros œil ou deux gros yeux; la paupière supérieure est d'un rose érysipélateux et se gonfle tellement qu'elle passe par dessus la paupière inférieure. Si vous ouvrez l'œil, il se fait comme une éjaculation de pus ou de muco-pus, auquel se joignent des larmes quand il y a retentissement de l'affection sur la glande lacrymale.

» Dans cette forme d'ophthalmie, comme dans l'ophthalmie puerpérale, lorsque la sécrétion des larmes se mêle à celle du muco-pus, vous devez juger que la cornée va se prendre. C'est là un phénomène qu'il faut saisir. Au reste, il convient de se placer au point de vue le plus fâcheux et de traiter toutes ces phlegmasies de la même manière.

» Ce traitement consiste dans l'emploi invariable du nitrate d'argent en dissolution d'après la formule suivante : *nitrate d'argent cristallisé* 1 partie, *eau distillée* 3 parties.

» *Comment doit-on cautériser?* En général, on a coutume de verser le collyre comme on verse de l'eau dans une bouteille; c'est un mauvais procédé, parce que de deux choses l'une : ou l'œil peut s'ouvrir, et en

faisant tomber la solution sur la cornée on coagule l'albumine et l'épiderme de cette membrane; ou l'œil ne peut s'ouvrir, et alors la cautérisation est insuffisante. Pour bien faire, M. Trousseau imbibe un pinceau de blaireau de la solution, puis il entr'ouvre les paupières et il passe le pinceau au-dessous de l'une et de l'autre. Comme ce pinceau n'est que peu chargé, il agit peu activement sur la cornée. Cette opération est répétée deux fois par jour tant que l'œil reste gros, puis une fois par jour jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de granulations. Lorsqu'il n'en reste seulement que quelques-unes, M. Trousseau fait tomber dans l'œil une pincée d'une poudre composée de *calomel* 1 partie, *sucre porphyrisé* 10 à 15 parties.

» De cette manière on guérit les ophthalmies catarrhales, celle des nouveau-nés, comme l'ophthalmie d'Égypte, lorsque toutefois elles ne sont pas encore compliquées d'inflammation de la cornée.

» Ophthalmie kératique. — L'inflammation de la cornée est *ulcérative* ou *intralamellaire;* la première est la plus importante. Or, ici il faut comprendre une chose, c'est qu'il n'y a rien de spécial dans ce qui se passe du côté de la cornée; c'est un phénomène tout simple, tout ordinaire. La kératite naît par contiguïté et non par continuité. Un enfant porte une inflammation des glandes de Méibomius ou bien un *loriot* chronique; qu'arrive-t-il? que la cornée intacte va se trouver pendant le sommeil en contact avec la paupière, et en vertu de la loi de propagation de l'inflammation par contiguïté, il se fait une inflammation ulcérative de la cornée. C'est ce qui arrive pour les plaques muqueuses des fesses. S'il y en a une d'un côté, il s'en formera une seconde sur le point correspondant du côté opposé. Ceci a de la valeur et montre qu'il faut tout d'abord guérir les paupières malades. Mais passons aux formes chroniques de l'affection et voyons tout d'abord l'*ophthalmie scrofuleuse* appelée encore, avec un grand sens, *ophthalmie exanthémateuse* ou *impétigineuse.*

» Toutes les fois, dit M. Trousseau, qu'on voit une affection dartreuse du nez, cette affection amène invariablement l'engorgement de la lèvre. Il y a avec cela un engorgement aigu ou chronique des glandes. Cette grosseur du nez et des lèvres n'est pas l'attribut de la scrofule; elle coïncide avec la dartre. Alors il peut arriver que l'œil se prenne. Dans ce cas, il y a larmoiement, photophobie, corrugation des sourcils; l'enfant a les poings fortement appliqués sur les yeux ou la tête enfoncée dans les oreillers; voilà pour les caractères extérieurs. Si maintenant vous pénétrez dans l'intérieur, vous trouvez chez la plupart des malades une inflammation de la conjonctive, de la cornée et de l'iris; en même temps il y a sécrétion abondante de larmes. La fièvre est rare en général; cependant elle peut survenir si les douleurs sont vives; quand celles-ci existent, elles ont pour siége l'orbite et les enfants crient. De toutes les affections aiguës des yeux, celle-là est la plus longue et la plus désastreuse dans ses résultats. Elle dure en effet de deux à trois mois, et si on la

laisse durer, on comprend combien l'infiltration du pus peut causer de ravages. Ici, du reste, on ne voit pas souvent le ramollissement qu'on observe dans les ophthalmies catarrhales et couenneuses.

» Le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse est heureusement aussi efficace que simple. Il suffit pour s'en convaincre de suivre pendant quelques jours la visite des salles. Tel enfant, qui la veille était atteint au plus haut degré de photophobie, peut ouvrir les yeux sans trop de difficulté le lendemain. Pour cela qu'a-t-on fait ? On a décomposé la maladie, et, trouvant, en premier lieu, la photophobie, on lui a opposé le mercure comme étant le moyen le plus puissant que l'expérience ait consacré. M. Trousseau donne ici le calomel d'après la méthode de Robert Law. Il prescrit un demi-grain de calomel avec du sucre en cinq prises dans la journée de douze heures. Ordinairement après deux ou trois jours de ce traitement, l'enfant commence à avoir un peu de gonflement des gencives. Quelquefois on est allé au sixième et au septième jour, mais avant même que la saturation mercurielle se soit produite, on a pu déjà constater une amélioration immense; ainsi le malade supporte la lumière et regarde même la lumière artificielle. A quoi tient cette amélioration? Le calomel a-t-il purgé? Oui, car même à cette dose il purge; mais vous emploieriez d'autres purgatifs, que ces purgatifs ne guériraient pas la photophobie. Il y a donc ici autre chose qu'une action purgative; quelle que soit cette action, le calomel doit être donné plusieurs jours de suite. Mais ce remède n'est pas tout. Vous avez comme adjuvant la belladone qui est un agent considérable ; ne vous en privez pas il active la guérison ! Vous mettez sur la paupière, trois ou quatre fois par jour, un peu de pommade de belladone, ou mieux encore, vous usez de la mixture aqueuse de cette plante faite avec extrait de belladone et eau en quantité suffisante pour donner à la mixture la consistance d'un sirop épais. On en prend avec le doigt, on frictionne le sourcil, la tempe, la région orbitaire. Cela sèche vite ; mais vous dissolvez de nouveau avec un peu d'eau, et en continuant de cette manière, vous aurez un corps constamment liquide qui est absorbé facilement, tandis que l'axonge s'oppose à l'endosmose. Toutefois, dans les hôpitaux et chez les personnes qui n'ont pas le temps de se consacrer au soin incessant de leurs enfants, on pourra faire usage d'une pommade composée de *belladone* (extrait), 1 partie, *axonge*, 3 parties.

» Ces moyens font taire l'inflammation, la douleur; mais quand des ulcérations dartreuses sont plantées sur la cornée il faut les attaquer par un autre topique. Vous faites un collyre pulvérulent avec le *précipité blanc*, 25 centigrammes, *sucre porphyrisé*, 32 grammes. La porphyrisation est indispensable; autrement vous avez des cristaux de sucre dont le contact est très-douloureux. Vous pouvez prescrire encore : *calomel*, 50 centigrammes, *sucre*, 25 à 30 grammes; ce dernier toujours porphy-

risé. Vous déposez une pincée de ces collyres entre les paupières. Le contact de cette poudre mercurielle est une médication souveraine; avec elle vous guérissez; seulement craignez les récidives. Tant que le nez est rouge, la lèvre gonflée, qu'il y a de l'impétigo de la face, les malades ne sont pas guéris. Il faut donc lutter contre ces lésions, et on le fait avec l'eau phagédénique du *Codex* qui se compose d'eau de chaux et de sublimé corrosif. Vous agitez avant de vous en servir, afin que le précipité rouge se trouve dans la mixture; vous versez un quart, un cinquième, un dixième de celle-ci dans de l'eau aussi chaude que le malade peut la supporter. Ces lotions sont répétées trois ou quatre fois par jour. En même temps on fait renifler de la même liqueur, et en continuant ainsi pendant deux ou trois mois, on guérit radicalement ces affections. Toute cette médication, en apparence complexe, se compose de trois éléments principaux : mercure, *agent général;* mercure, *agent topique;* et belladone, *agent auxiliaire.*

» Maintenant la kératite peut n'être pas exanthémateuse. Si elle n'est pas accompagnée d'iritis et de photophobie, il n'est pas besoin de lui opposer les mercuriaux ni la belladone. Si elle tient à une phlegmasie chronique des glandes de Méibomius, adressez-vous à cette blépharite chronique. Quant à la cornée, regardez-la; si elle est ulcérée, le moyen le plus simple est de la toucher avec le nitrate d'argent; mais on n'y parvient guère avant l'âge de dix à quinze ans; jusque-là, on doit avoir recours au calomel. Si cependant on peut employer le nitrate d'argent, voici comment il faut faire : M. Trousseau ne se sert pas du crayon, qui pourrait crever l'œil; il fait une flèche de papier, il en mâche l'extrémité, la frotte sur du nitrate d'argent; elle se charge d'une solution concentrée de ce sel; il touche la partie malade et ne court aucun risque. Il y a un autre procédé. On prend une algalie de femme; on la chauffe à trois ou quatre centimètres de son extrémité; l'argent étant bon conducteur calorique, celle-ci s'échauffe, on l'applique sur du nitrate d'argent qui s'y fixe, on la laisse refroidir, et on cautérise. Comme c'est une tige mousse, on ne s'expose à aucun accident; on y trouve un avantage : c'est que si l'œil se ferme, il se ferme sur l'algalie, et les paupières ne sont pas touchées. »

Nous devons dire à nos lecteurs que si nous avons reproduit le travail qui précède, c'est tout simplement parce que nous l'avons considéré comme une *curiosité ophthalmologique,* pouvant, jusqu'à un certain point, faire apprécier les *progrès* de l'ophthalmologie parmi les encyclopédistes français.

On se demandera probablement si cette élucubration est bien réellement due à M. Trousseau. C'est là une question que nous nous sommes posée tout d'abord. Peut-on admettre en effet, qu'un

homme de pareil renom écrive sérieusement que *toutes les ophthalmies peuvent se rattacher à deux chefs principaux*: ophthalmie catarrhale, ou *inflammation de la conjonctive oculo-palpébrale*, et ophthalmie kératique, ou *inflammation de la cornée?* Qui voudra croire que ce professeur puisse décrire, dans les termes qu'on lui prête, les symptômes et la marche de l'ophthalmie égyptienne et de l'ophthalmie scrofuleuse? Que dire de sa réponse à cette question : *Comment cautériser?...* A-t-on jamais imaginé un moyen plus sûr de cautériser la cornée, et de déterminer des lésions irremédiables de cette membrane, que la pratique qui consisterait à introduire entre le globe et la paupière un pinceau chargé de solution caustique? etc., etc., etc.

N'avons-nous pas raison de donner à une pareille œuvre, le nom de *curiosité ophthalmalogique?*

Et d'où l'avons-nous extraite?... Du journal le plus justement estimé et le plus répandu peut-être parmi les praticiens de la campagne, en France et en Belgique.

Tumeurs et fistules lacrymales. — « La plupart des tumeurs et fistules lacrymales sont dues, selon M. Jobert, à une inflammation dont le point de départ est tantôt le sac, tantôt le conduit lacrymal, tantôt le bord libre des paupières. C'est en raison de ce fait que Lisfranc conseillait, en pareil cas, les applications répétées d'un petit nombre de sangsues; mais cette médication avait le désavantage de provoquer assez fréquemment des récidives. M. Jobert a eu l'occasion de traiter un grand nombre de ces tumeurs, et, toutes les fois que la maladie était bornée à la membrane muqueuse, il a réussi à les guérir par des injections avec la solution de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre. Ces injections, qui se font à l'aide d'une seringue d'Anel, par le point lacrymal inférieur, ont pour effet d'amener un catarrhe aigu et de modifier la vitalité de la membrane muqueuse. Si l'affection dépasse l'épaisseur de cette membrane, il faut en venir à l'opération, et le meilleur procédé pour la pratiquer est encore, quoi qu'on en ait dit, celui de Jean-Louis Petit. M. Jobert se sert d'une canule d'ivoire; il la laisse en place de quatre à six semaines, pas davantage, parce qu'au delà de ce terme, il s'établit un travail inflammatoire inutile, et d'ailleurs cette durée de six semaines suffit parfaitement pour modifier la vitalité du sac. A cette époque, on fait une incision sur la canule, et on accroche celle-ci avec l'instrument spécial de M. Cloquet, ou simplement avec des pinces. Chez un individu

qui portait une tumeur lacrymale, le canal osseux se trouvant déformé par un écrasement accidentel du nez, antérieur à l'apparition de la tumeur, M. Jobert n'a pas su introduire la canule ; alors il s'est décidé à laisser en place le mandrin comme dilatateur, jusqu'à nouvel ordre. Dans les cas où la tumeur est ulcérée avec perte de substance, l'introduction de la canule ne suffit plus : il faut pratiquer une restauration autoplastique.

Opération de la cataracte. — Traitement préparatoire. — Avant d'opérer une cataracte, M. Jobert fait mettre matin et soir quelques gouttes de teinture thébaïque dans l'œil pour habituer cet organe au contact des corps étrangers ! il prescrit ensuite de l'eau de groseilles pour boisson, une saignée du bras, une bouteille d'eau de Seidlitz pour le jour d'après, et, si le malade porte un vésicatoire, il le supprime.

Ce chirurgien opère en général la cataracte par abaissement. Dans certains cas, il prescrit, pour hâter la résorption du cristallin, huit à dix gouttes de teinture thébaïque qu'on porte dans l'œil par instillation !

Avulsion de l'œil, produite par une balle. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* rapporte le fait d'avulsion de l'œil, produite par une clef, que M. le docteur Verhaeghe, d'Ostende, a consigné dans le XXVIe volume, p. 99, de ces *Annales*. Il relate, à ce propos, l'observation suivante :

« Obs. — La science possède plusieurs observations d'yeux chassés de leur orbite par suite de violences extérieures, et ne tenant plus à la tête que par quelques tissus incomplétement divisés. Nous avons vu dans ce genre un fait curieux qui s'est produit à la suite des collisions sanglantes des 4 et 5 décembre. Un homme, aujourd'hui couché dans le service de M. Jobert, à l'Hôtel-Dieu, passant pendant ces journées dans la rue de Cléry, reçut une balle qui lui venait probablement d'une fenêtre, et qui le toucha dans la région sourcilière droite. Le projectile effleura seulement cette partie, puis, passant au-devant de la racine du nez, il s'introduisit dans l'orbite du côté gauche et en fit sauter le globe de l'œil comme on eût pu le faire avec une curette. L'énucléation cependant ne fut pas entière ; l'œil restait suspendu par le nerf olfactif et des portions de muscles ; le blessé put donc le relever et le remettre en place lui-même, puis quelques jours plus tard il vint, comme nous l'avons dit, se faire soigner à l'Hôtel-Dieu. On le saigna, et l'œil fut touché avec le nitrate d'argent. La région sourcilière et frontale droite contusionnée par le projectile n'a pas encore recouvré sa sensibilité normale, mais du côté gauche les

choses vont aussi bien que possible; les plaies se cicatrisent, le globe oculaire revient sur lui-même, et avant peu cet organe réduit à l'état de moignon pourra recevoir un œil artificiel. »

Archives générales de Médecine.

Nouveau procédé pour maintenir la glace en contact avec l'œil, comme moyen de prévenir ou de combattre les inflammations oculaires, particulièrement à la suite des opérations de la cataracte. — Sous ce titre, M. Chassaignac décrit un appareil contentif qui consiste en une espèce de demi-masque en fil de fer très-fin et très-léger, ne descendant sur la face que dans l'espace occupé par les orbites et maintenu en place par l'élasticité d'un ressort qui s'étend suivant la ligne médiane jusqu'au-dessous de l'occiput où il se termine par une petite pelote. Ce ressort soutient en avant le masque destiné à mettre la glace en contact avec les paupières. Ce masque représente une espèce de hotte, largement béante à la partie supérieure, formée dans sa paroi antérieure par un grillage très-fin, et laissant dans sa paroi postérieure de larges orifices qui correspondent chacun à l'un des orbites.

Il ne s'agit plus que de placer dans l'intérieur du grillage les petits sachets contenant la glace. Pour fermer les sachets, le linge ne convient pas parce qu'il laisse transsuder l'eau. Le taffetas gommé ne se moule pas avec assez d'exactitude sur la surface oculo-palpébrale. Les substances animales à l'état ordinaire forment des vessies plus souples, mais trop aisément altérables. On y supplée en partie en substituant aux vessies ordinaires celles mieux préparées dont on se sert pour renfermer le tabac ; mais celles-là aussi finissent par entrer en décomposition et ce n'est qu'en les immergeant de temps à autre dans les liquides antiseptiques qu'on parvient à en tirer un meilleur parti. Aujourd'hui M. Chassaignac n'emploie plus que l'intestin de mouton préparé, lequel remplit parfaitement toutes les conditions.

Le *nouveau procédé* de M. Chassaignac a un grand air de famille avec celui qui est employé par le professeur Max Langenbeck et que notre collaborateur, M. Binard, a fait connaître il y a deux années, dans notre tome XXIV, p. 107. Les figures étant en notre possession nous les reproduisons.

Pour l'application du froid permanent humide, M. Langenbeck se sert « d'un double anneau de corne ou de toute autre

fig. 1.



« matière, comme le représente la « figure 1. Dans chaque anneau on « place un morceau de glace enve- « loppé dans une petite compresse; « toutes les trois ou quatre heures « on renouvelle le morceau de glace... « La fig. 2 représente l'appareil appli- « qué sur les yeux du malade couché « sur le dos. Son bord circulaire « repose sur le rebord orbitaire et ne « détermine ainsi aucune compression. « Un linge ou une éponge placé sur la « joue reçoit l'eau qui provient du « morceau de glace...... »

fig. 2.



S'agit-il de recourir au *froid sec*, permanent. On prend de petits globes en verre creux, pourvus d'une tubulure, et remplis de glace, d'eau froide ou d'un mélange réfrigérant; on les place dans la concavité de l'anneau. Le froid des parois du petit vase agit sur l'œil sans l'imprégner d'humidité. (*Ibid.*, p. 110.)

Le mode d'emploi de froid sec recommandé par M. Chassaignac doit-il être préféré à celui de M. Langenbeck? Nous faisons usage des petits globes, que nous avons fait confectionner de manière à ce qu'ils présentent à leur partie inférieure une concavité répondant à la convexité de l'œil, et qui ne peuvent jamais peser sur les paupières; nous nous en trouvons assez bien pour ne pas nous croire tenus d'essayer la modification de M. Chassaignac.

L'Union médicale.

D'un nouvel instrument d'optique destiné à l'examen de l'intérieur de l'œil. — M. Follin, prosecteur de la Faculté de médecine, a présenté le 18 février à la société de chirurgie de Paris un instrument à l'aide duquel on peut explorer la rétine, le cristallin et les différentes parties de l'œil. *L'Union médicale* donne le résumé suivant de la note lue par M. Follin :

« Après avoir recherché quels essais avaient été faits par les chirurgiens pour explorer facilement sur l'homme vivant la surface si profonde et si obscure de la rétine, M. Follin n'a trouvé qu'un appareil, celui de M. Helm-

holtz, professeur à Königsberg (1). Mais cet instrument incomplet est d'un usage assez difficile ; et avec l'aide de M. Nachet, l'un de nos plus habiles opticiens, M. Follin a construit un appareil qui répond à la plupart des conditions qu'exigent les observations pathologiques. Une bougie, placée en arrière d'une lentille, envoie un faisceau de rayons lumineux à la surface d'un miroir qui les réfléchit dans l'œil. Un oculaire de numéro variable, placé en arrière du miroir, permet d'apercevoir le fond de l'œil éclairé et grossi. Voilà tout l'appareil.

» Le fond du globe oculaire est éclairé par une lumière douce, partout d'égale intensité. Ce n'est plus, comme dans l'appareil du professeur allemand, l'image d'une flamme qui, réfléchie dans l'œil, n'éclaire que des parties très-restreintes de la rétine. La fixité de l'appareil, la projection constante et toujours égale des rayons lumineux, ont permis de constater les dispositions suivantes : quand l'appareil a été convenablement adapté, tout le fond du globe oculaire paraît lumineux, et cette lumière est jaunâtre. Puis, dès que l'oculaire est placé au point de vision de l'observateur, on aperçoit sur le fond lumineux une teinte rouge générale, et bientôt des vaisseaux assez nombreux, d'un rouge très-vif, formant souvent un très-élégant réseau. Il est facile de distinguer dans ces vaisseaux leurs deux bords et leur contenu sanguin. On les voit tantôt parallèles comme marchent les artères et les veines, tantôt disposés d'une façon réticulée. Plus d'une fois M. Follin a pu voir le centre vasculaire de la rétine, et reconnaître le point d'où l'artère et la veine centrale s'épanouissent en rameaux. Là, les vaisseaux semblent coupés net et disparaissent.

» M. Helmholtz a cru distinguer dans ces vaisseaux les battements rythmiques. M. Follin n'a rien vu d'analogue à des pulsations. Mais souvent un vaisseau, même volumineux, s'affaisse pour reparaître quelques instants après, sans qu'il y ait de régularité dans ce phénomène. Quelque soin qu'il ait mis à rechercher la tache jaune, il n'a pu y parvenir ; il pense avec M. Nachet pouvoir arriver à ce résultat, en projetant dans l'œil des lumières de colorations autres que la couleur jaune.

» Après avoir indiqué principalement les résultats obtenus sur un œil normal, M. Follin signale quelques faits pathologiques. Sur un malade entré à l'Hôtel-Dieu, pour une plaie de la cornée, une hernie de l'iris, avec affaiblissement de la vision, et vue double du côté de l'œil blessé, M. Follin a reconnu, avec M. Nachet, que le champ lumineux était divisé par une ligne noire dont il n'a pu encore préciser la nature.

» Un autre malade, atteint d'une sensibilité très-vive à la lumière, due

(1) Voir ci-dessus, p. 35, la notice de M. le professeur DONDERS, sur l'instrument de M. HELMHOLTZ.

à un état congestif de l'œil, a montré aux observateurs une rétine fortement vascularisée.

» Chez deux cataractés (salle Saint-Jean, à l'Hôtel-Dieu), dont l'un portait seulement aux deux yeux une opacité centrale et peu étendue, les résultats ont été des plus nets. Le champ lumineux, interrompu par les opacités cristallines, les traduisait très-exactement à l'observateur.

» En résumé, à l'aide de cet appareil, M. Follin croit qu'on pourra apprécier les différents états de congestion de la rétine, ses ecchymoses, ses varices, les productions cancéreuses qui débutent parfois à sa surface, etc. L'état du cristallin que doivent traverser les rayons lumineux, n'échappera pas non plus à l'observateur, quoique l'examen soit ici presque négatif. Dès lors, l'appareil serait encore utile dans les cataractes noires ou commençantes. »

Nouvelles recherches sur l'amaurose névralgique. — Tel est le titre d'un travail que M. Tavignot vient de faire parvenir à l'Académie des sciences de Paris ; nous allons en reproduire les conclusions :

« Je donne le nom d'*amaurose névralgique* à la paralysie complète ou incomplète, partielle ou générale de la rétine, survenue sous l'influence de la névralgie de la cinquième paire de nerfs.

» Le mode d'action exercé sur l'œil par la cinquième paire atteinte de névralgie est soumis à certaines lois que je vais essayer de formuler.

» J'admets deux espèces d'amaurose névralgique très-distinctes par leurs caractères. L'une reconnaît pour cause un état névralgique des branches extra-orbitaires du trijumeau : c'est l'*amaurose névralgique extra-orbitaire;* l'autre survient sous l'influence d'un état névralgique des nerfs ciliaires de la cinquième paire : c'est l'*amaurose névralgique intra-orbitaire.*

» La névralgie circum-orbitaire de la cinquième paire me paraît agir sur la rétine en produisant une paralysie de cette membrane.

» Cette paralysie résulte d'un défaut d'équilibre dans la distribution de l'influx nerveux, comme si la déperdition exagérée de ce fluide par les branches extra-orbitaires avait lieu aux dépens des nerfs ciliaires, qui en seraient plus ou moins privés.

» La marche de l'amaurose névralgique extra-orbitaire reste subordonnée à l'intensité des accès névralgiques, à leur durée, à leur fréquence.

» Elle dépend encore de la persistance plus ou moins grande, pendant l'intervalle des accès, de *points douloureux* existant au niveau des divisions terminales des nerfs, spécialement vers le sommet de la tête, sur les parties latérales du nez, à la paupière supérieure, etc.

» Lorsque la névralgie a pour siége les nerfs ciliaires, que cette névral-

gie soit simple ou associée à un état névralgique des branches extra-orbitaires, il survient encore une perturbation fonctionnelle de la rétine, non plus par absence, mais bien par excès d'influx nerveux.

» L'une et l'autre forme d'amaurose névralgique paraissent avoir une origine analogue, bien qu'elles diffèrent complétement par leurs symptômes.

» La cause de l'*amaurose névralgique, considérée d'une manière générale*, est un état anormal du sang résultant d'une assimilation irrégulière ou d'une désassimilation vicieuse.

» Le traitement local n'offre des chances réelles de succès qu'à la condition d'être associé à un traitement général. »

Nouveau procédé pour guérir la fistule lacrymale. — M. le docteur Reybard, de Lyon, a lu à l'Académie de médecine de Paris (séance du 24 février) un mémoire destiné à faire connaître ce nouveau procédé : voici en quels termes *L'Union médicale* en rend compte :

« Le procédé de M. Reybard a pour objet de créer un canal artificiel conduisant directement les larmes aux fosses nasales. Il a imaginé, à cet effet, un instrument, sorte d'emporte-pièce, composé de deux parties assemblées, mobiles l'une sur l'autre et parfaitement distinctes par leur usage : l'une est une tige d'acier montée sur un manche et terminée par une pointe en forme de vrille ou de tire-bouchon, laquelle, après avoir traversé l'unguis à la manière d'une perceretto, a encore pour usage d'offrir un point d'appui à cet os. L'autre partie est une canule tranchante avec laquelle on coupe l'unguis, ainsi que les membranes qui lui sont adhérentes. Elle se meut sur la tige au moyen d'un pas de vis, de sorte qu'on ferme et qu'on ouvre l'instrument en le vissant et en le dévissant alternativement.

» Le procédé de M. Reybard se compose de quatre temps ; dans le premier, il ouvre le sac lacrymal avec un instrument tranchant, suivant la méthode de J.-L. Petit ; dans le second, il introduit l'instrument dans le sac lacrymal ; dans le troisième, il fait pénétrer la vrille dans la cavité nasale ; dans le quatrième, il coupe cet os et lui fait éprouver une perte de substance, d'où résulte l'ouverture cherchée, qui se cicatrise sans le secours d'aucun pansement, et qui n'est pas susceptible de se rétrécir et de se fermer, ce qui équivaut, dit M. Raybard, à la guérison radicale de la fistule. »

Revue médicale française et étrangère.

Perte subite de la vue, à la suite d'un coup de tonnerre, chez un sujet portant au cou une chaîne galvanique. — Ce fait est rapporté par M. le docteur Henrotay dans les termes suivants :

« Obs. — Geeraerts, âgé de 38 ans, d'une constitution détériorée, d'un tempérament lymphatique, remplit au camp de Beverloo les fonctions de garde-magasinier du matériel du génie. Accablé d'anciens rhumatismes qui ont enlevé à ses membres toute souplesse, il portait depuis quelques mois une chaîne galvanique pendante à la poitrine, lorsque l'été dernier, il fut pris subitement d'une forte dyspnée au moment où la foudre vint à tomber sur l'un des carrés, dont il se trouvait éloigné d'environ cinq minutes. Au bout d'un quart d'heure, remis de son émotion, il avait pu regagner son domicile. Cet événement n'avait laissé qu'une faible impression dans son esprit, lorsque, le 1er mai de cette année, se trouvant dans sa chambre à lire la gazette, à une fenêtre entr'ouverte, au moment d'un coup de tonnerre, Geeraerts est tout à coup pris de vertiges; il chancelle, se retient aux meubles qui l'environnent et perd complétement la vue. Cette fois, la chaîne galvanique qu'il avait continué à porter était simplement placée autour du cou. Je fus appelé à voir le malade avec M. Warlomont, peu de temps après l'accident.

» Geeraerts avait l'air égaré, les yeux ouverts et immobiles; les pupilles, un peu plus dilatées qu'à l'état normal, jouissaient de très-peu de mobilité. Il accusait de la céphalalgie et des vertiges; nous trouvons le pouls lent, faible et dépressible; un bruit de râpe au cœur; il se plaint de quelques nausées, d'un peu de soif, d'anorexie et d'une légère douleur épigastrique à la pression. L'état du pouls et la constitution du sujet éloignant tout à fait l'idée des évacuations sanguines générales, nous fîmes appliquer en deux fois vingt-quatre sangsues derrière les oreilles, des sinapismes aux extrémités inférieures, et le malade fut mis à une diète absolue. Au bout du deuxième jour, ces moyens n'ayant pas amené d'amélioration sensible, je fis appliquer un grand vésicatoire à la nuque, et dès ce moment un mieux prononcé se déclara, à tel point que le sixième jour la vue était complétement revenue.

» Il est inutile d'ajouter que Geeraerts s'est empressé de se défaire de sa chaîne galvanique et l'a enfouie à plusieurs pieds sous terre. »

III. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Die Krankheiten des Auges, für praktische Aerzte geschildert.— Des maladies de l'œil. Ouvrage écrit pour les médecins praticiens; par le docteur Ferd. Arlt, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Prague. — Prague, 1851, Credner et Kleinbub, tome I, 8° maj. pp. 288, avec 1 planche lithographiée.

Ce premier volume est consacré aux *maladies de la conjonctive*, et à celles *de la cornée*.

L'auteur débute par quelques considérations anatomiques et physiologiques sur la conjonctive. Il traite immédiatement ensuite du catarrhe, de la blennorrhée et du trachoma.

Nous n'avons rien trouvé de particulier dans le chapitre consacré au catarrhe conjonctival. Il n'en est pas de même de celui destiné à la blennorrhée.

Pour M. Arlt, la blennorrhée de la conjonctive est une inflammation de cette membrane, accompagnée de l'augmentation de la sécrétion d'un liquide muco-purulent (ce qui lui a fait donner le nom qu'elle porte), et caractérisée en outre par une exsudation séro-plastique dans le parenchyme de la conjonctive et principalement dans ses portions tarsienne et du repli. Elle attaque toujours la conjonctive *dans toute son étendue*, et les deux paupières à la fois et au même degré; la conjonctive oculaire néanmoins est rarement malade dans les cas légers. La constance de l'altération morbide *similaire et simultanée du corps papillaire* et la production d'un *secretum* muco-purulent qui en recouvre la surface, caractérisent aussi cette maladie, et tantôt l'un et tantôt l'autre de ces symptômes est prédominant. — *Le secretum est contagieux*.

Le passage que nous venons de citer renfermant la partie essentielle des opinions de l'auteur sur la blennorrhée conjonctivale, dont nous avons déjà eu l'occasion de dire quelques mots à plusieurs reprises dans ce journal, nous passerons ce qui a trait aux symptômes, qui sont d'ailleurs exposés d'une manière complète; nous ferons de même pour ce qui concerne la marche et les terminaisons de la maladie.

Fréquence et *causes*. — La blennorrhée oculaire se développe le plus fréquemment chez les nouveau-nés et chez les adultes à l'époque de la puberté et de la virilité, surtout chez les soldats et les nourrices des maisons d'enfants trouvés. La raison n'en réside pas

dans une prédisposition spéciale, mais dans les conditions au milieu desquelles vivent ces individus.

La blennorrhée, comme maladie due à des influences extérieures, n'épargne, quand celles-ci ont agi, aucun âge, aucun sexe, aucune constitution. Ce n'est que rarement, selon l'auteur, qu'on doit la considérer comme l'expression d'une cause générale, et il ne peut être question d'une certaine prédisposition à la contracter, qu'en ce sens que l'expérience démontre que les causes extérieures produisent chez certains individus le catarrhe, tandis que chez d'autres elles amènent une blennorrhée. Cette influence de l'individualité se rencontre en effet chez les nouveau-nés, chez les enfants scrofuleux, chez les individus mal nourris, épuisés par des flux muqueux de longue durée, une suppuration abondante, et chez les personnes âgées dont la peau et les muqueuses sont dans un état de relâchement; toutefois, il est impossible de bien définir en quoi consiste cette prédisposition et sous quelle dépendance elle se trouve.

Aussi longtemps que le *secretum* est trouble, on y rencontre constamment beaucoup de globules et de corpuscules purulents; il fait passer au bleu, plus rapidement que le *secretum aqueux*, la couleur rouge du papier de laque. Déposé sur la peau il n'y détermine aucune modification.

Déposé sur la conjonctive saine, il ne donne d'abord lieu à aucun changement; mais dans l'espace de 1/2 à 4 jours, il produit les mêmes modifications pathologiques que présentait l'œil qui a fourni le pus. *Le secretum blennorrhagique est donc contagieux :* il l'est par le transport immédiat, par contact.

L'air peut servir à le transmettre tout aussi bien qu'un essuie-mains, un vase à ablutions, etc. L'atmosphère d'une pièce peut être chargée par volatilisation des principes du *contagium* blennorroïque, au moyen de particules qu'elle tient en suspension.

De même qu'en étendant le *secretum* dans une grande quantité d'eau on peut diminuer ou même enlever sa puissance contaminante; de même il n'y a qu'un air fortement imprégné de *contagium* qui soit susceptible de transmettre la contagion; ou bien, cet air vicié n'agit comme un agent de contagion que s'il rencontre des yeux présentant une affection catarrhale, ou même des yeux sains quand ceux-ci ont été longtemps exposés à son action. La contagion miasmatique, n'est pas seulement probable, comme une foule d'observations le démontrent; elle a aussi été prouvée d'une

manière directe; mais dans le cas actuel, elle ne se fait pas comme cela se passe dans les maladies qui se développent sous l'influence d'un contagium volatil, comme cela se voit dans la variole, la rougeole, la scarlatine, le typhus, etc. Cette distinction est naturellement d'une grande importance sous le rapport de la prophylaxie et sous celui des mesures de police médicale à conseiller.

Pour que l'air soit suffisamment imprégné de *secretum*, il faut nécessairement qu'un grand nombre de malades atteints de blennorrhée se trouvent réunis dans un lieu relativement trop étroit, que cet air ne soit renouvelé que d'une manière incomplète et que la température y ait acquis un certain degré d'élévation. L'humidité de l'air favorise essentiellement ce mode de développement du mal, et, d'après certains faits qui sont d'accord avec ces remarques, on peut admettre que ce n'est plus une simple hypothèse de considérer l'eau vaporisée (les petites gouttelettes qui sont toujours, comme on sait, répandues dans l'atmosphère), comme le moyen de transport du contagium répandu dans l'air.

Sous le rapport du transport matériel, le *secretum* des parties génitales se comporte de la même manière que celui d'une conjonctivite blennorrhoïque. Le fluide sécrété dans la gonorrhée et déposé sur la conjonctive y détermine des symptômes identiques.

Ce fait a été constaté par des recherches directes, celles de Piringer entre autres, si on veut faire abstraction de tous les autres cas où la contagion a eu lieu accidentellement.

La blennorrhée aiguë de la conjonctive (à l'exception de celle des nouveau-nés et de son développement dit épidémique, dont il sera question plus tard), n'attaque guère que des individus de l'âge déjà adulte. Chez les individus âgés de plus de 50 ans, la blennorrhée sporadique est rare. Il ne peut échapper, même à l'observateur le plus superficiel, que les malades atteints de cette manière de blennorrhées, avaient, presque généralement, été affectés de gonorrhée ou en étaient encore atteints. Ces faits sont si remarquables qu'ils ont dû nécessairement attirer l'attention des médecins sur la coexistence de ces deux affections; mais un petit nombre cependant sont allés jusqu'au fond de la question et la plupart se sont contentés d'admettre qu'il existait un certain *consensus* entre les muqueuses génitale et oculaire. D'autres ont expliqué ce phénomène d'une autre manière : ils ont admis gratuitement que le transport de la matière de la gonor-

rhée s'était opéré au moyen du sang, et ils voient dans le fait *une métastase*. Cependant plusieurs de ceux qui avaient entrevu la véritable explication, tout en croyant *au transport direct dans l'œil de la matière de la blennorrhagie*, émirent évidemment une opinion exagérée en considérant comme due à cette cause toute blépharo-blennorrhée survenant peu de temps après, ou pendant une blennorrhagie, sans faire attention que tout malade atteint de gonorrhée, de même que celui qui n'en souffre pas, peut être, sous l'influence de causes externes, affecté d'une blépharo-blennorrhée. On aurait même pu croire, en effet, *a priori*, que la gonorrhée doit préserver de l'affection blennorrhoïque de la conjonctive.

Parmi plus de 200 cas de blennorrhées aiguës (observées par M. Arlt chez les adultes, sans comprendre les militaires) 20 étaient sporadiques et aucune ne peut être considérée comme étant un effet sympathique ou métastatique de la gonorrhée.

On se tromperait grandement en voulant n'admettre pour seule cause de la blennorrhée oculaire que l'existence d'une gonorrhée, même chez ceux qui sont porteurs de cette dernière affection.

Bien souvent, en effet, le transport de la matière contaminante se fait des organes génitaux d'un autre individu dans l'œil de celui qui offre cette blennorrhée; l'eau dans laquelle on se lave, l'usage d'un même essuie-mains, le coucher dans le même lit, etc., sont toutes causes qu'il faut ranger dans cette même catégorie.

Parfois, mais rarement, la blennorrhée aiguë se développe sans qu'on puisse l'attribuer, soit à la contagion provenant d'autres yeux, soit à une gonorrhée dont il n'existe pas le moindre soupçon possible. Il faut bien alors admettre que cette blennorrhée est spontanée et primitive. Les conditions qui donnent lieu aux conjonctivites catarrhales peuvent aussi déterminer des inflammations blennorrhoïques, dès qu'elles agissent avec une grande intensité, et que les individus qui y sont exposés ont une certaine prédisposition à la contracter. Entre le catarrhe oculaire intense et le premier degré de la blennorrhée, on ne peut d'ailleurs établir aucune distinction fondée, avant que le *secretum* devienne trouble ou bien que le corps papillaire soit évidemment à l'état d'infiltration. Toutefois, le *secretum* ne conserve pas toujours une teinte blanchâtre, comme on le voit de nouveau en effet à la fin de la blennorrhée même la plus intense. Il n'est donc point irrationnel d'admettre que sous l'influence de causes extérieures, le catarrhe peut s'élever jusqu'à l'état de blennorrhée, car entre le catarrhe et

cette dernière, il n'existe, dans certaines circonstances, que la différence du degré d'intensité.

Il est, dit M. Arlt, un fait que l'expérience a démontré : *à certaines époques, les blennorrhées conjonctivales sont plus fréquentes et ont une marche plus dangereuse* qu'en d'autres temps, sans qu'on puisse cependant expliquer d'une manière plausible l'une ou l'autre de ces particularités. On en a cherché l'explication dans les changements atmosphériques; mais il est impossible de les apprécier d'une manière intime.

Plus que toute autre cependant, l'influence de l'état hygrométrique de l'air semble être hors de contestation; du moins, une foule de phénomènes doivent faire supposer que la grande quantité d'humidité dont l'atmosphère peut être imprégnée, constitue une cause prédisposante de cette affection.

Nous allons terminer ce que nous avons pensé devoir citer de ce chapitre, en reproduisant textuellement ce que l'auteur dit de la blennorrhée observée parmi les militaires; nous ferons observer toutefois que nous ne voulons remplir ici que le rôle de traducteur, laissant à M. le docteur Arlt toute la responsabilité de ses opinions, que nous sommes loin de partager entièrement.

« La description de l'ophthalmie militaire, telle que l'ont donnée les différents écrivains, et telle que les figures qu'ils en ont fournies l'ont représentée en partie (1), indique que cette inflammation est tout à fait semblable soit au catarrhe, soit à la blennorrhée d'un degré plus ou moins élevé (quant à ce qui concerne ses caractères les plus essentiels), tels que nous les avons observés dans les hospices d'enfants trouvés. Le nom d'*ophthalmie militaire* est par conséquent tout à fait impropre. Il en est de même de l'expression d'*ophthalmie d'Égypte*, qui a cours dans la science depuis Omodei. Si on ne peut établir de distinction entre la blennorrhée due à la contagion par inoculation du pus de l'ophthalmie des nouveau-nés ou de l'ophthalmie blennorrhagique, rien ne prouve non plus positivement que l'ophthalmie d'Égypte ait été importée chez nous; il y a, au contraire, une foule de raisons qui tendent à établir que cette ophthalmie est apparue spontanément comme ophthalmie catarrhale, et que dans certaines circonstances elle s'est élevée facilement jusqu'à la blennorrhée, ce qui peut d'ailleurs s'expliquer d'une manière simple et qui semble seule plausible. Des épidémies d'inflammations oculaires, et les inflammations de la conjonctive peuvent seules se montrer épidémi-

(1) L'auteur cite ici en note les ouvrages de J.-B. MULLER (1821), de B. EBLE (1828), et de GRAEFE (1825)!!!!

quement, ont déjà été observées aux XVIIe et au XVIIIe siècles : on trouve des descriptions (par exemple celle de 1565 en Hollande, celles de 1699 et de 1701 en Silésie, de Rome en 1703, de Ferrare en 1712, parmi les soldats de Westphalie en 1761, et enfin à Vienne en 1777), qui se rapportent, quoique d'une manière imparfaite, à une maladie qui a beaucoup d'analogie avec l'ophthalmie actuelle.

» De nos jours, on a vu des épidémies d'ophthalmies purement catarrhales se montrer dans différents lieux. Pour expliquer comment ces inflammations peuvent atteindre le degré de blennorrhée, il n'est point nécessaire d'avoir recours à un *secretum* qui serait venu d'Égypte, car il a été assez souvent possible dans les cas sporadiques, d'en expliquer l'origine par l'action de certaines causes locales, surtout quand il existe quelques circonstances défavorables, telles qu'on le voit dans l'état militaire et principalement chez les fantassins, ainsi qu'on en a eu des preuves en grand nombre au commencement du XIXe siècle. »

Nous ne croyons pas devoir nous arrêter aux chapitres consacrés à la *conjonctivite membraneuse* et à la conjonctivite scrofuleuse. Nous ferons seulement remarquer que l'auteur considère comme le moyen le plus efficace, dans cette dernière affection, pour combattre la photophobie et le spasme palpébral, une pommade composée de 4 à 6 grains de précipité blanc et de 6 à 12 grains d'extrait de belladone sur un gros d'axonge; on en frictionne avec soin le front et les tempes depuis les sourcils jusqu'à l'endroit où commencent les cheveux. Les frictions sont renouvelées toutes les deux ou quatre heures de sorte que la peau soit toujours enduite de ce corps gras.

Nous passons au chapitre V, qui traite de la *conjunctivitis trachomatosa*, ou du *trachoma, seu asperitudo conjunctivae*.

La *conjonctivite trachomateuse*, dit M. Arlt, est caractérisée *par la présence d'exsudats gélatineux, apparaissant sous forme de granules isolés, indépendants;* ou bien ce sont de petites élévations existant *non seulement sous l'épithélium de la conjonctive* palpébrale et (dans les degrés élevés du mal) sur *le globe oculaire lui-même, mais aussi dans le parenchyme de la conjonctive et les autres tissus situés plus profondément* (*cartilage et tissu cellulaire*); *il y a de plus un commencement de rétraction du tissu infiltré.*

Cette affection ne consiste pas dans une altération primitive du corps papillaire et elle n'est pas nécessairement et également dans le principe accompagnée de gonflement de toute la conjonctive avec l'exsudation d'un liquide recouvrant toute la surface libre ;

elle n'est pas contagieuse comme la blennorrhée avec laquelle, jusqu'à présent, on l'a si souvent confondue ou avec laquelle on l'a considérée comme identique. C'est dans une *affection générale*, dans une maladie de tout l'organisme, qu'il faut chercher la cause de l'exsudation de ces petits corps fluides, circonscrits, jaunâtres et gélatineux, placés sous l'épithélium intact et siégeant dans des tissus situés plus profondément. Il n'est pas nécessaire de trouver ici un produit de sécrétion plus considérable, ou ayant subi une plus grande altération; ce phénomène n'existe, en effet, que dans certaines circonstances particulières.

Un certain degré de *rugosité* ou plutôt *d'inégalité de la conjonctive,* comme le font supposer les noms qu'on lui a donnés, tel est le phénomène qui prédomine dans toutes les formes et dans tous les stades de cette maladie; c'est d'ailleurs parfois le seul symptôme qu'elle présente. Cette aspérité est déterminée par les exsudats qui, sous le rapport de leur forme (*sphérique*), de leur siége (*ils sont indépendants d'un élément déterminé de la conjonctive, soit du corps papillaire, soit des glandules muqueuses*), offrent une organisation qui leur est tout-à-fait propre. Cette altération granuleuse est due aussi aux modifications qu'éprouvent les tissus infiltrés tant par la présence que par les métamorphoses de ces exsudats. Ceux-ci peuvent se montrer sans *aucune rougeur notable* et sans *modification* de la sécrétion conjonctivale. Le mal débute ordinairement à la paupière inférieure; de là il passe à la supérieure et il finit par s'étendre aussi à la conjonctive oculaire et même à la cornée.

Cette maladie n'a pas de marche déterminée; elle peut durer pendant plusieurs années, présentant de temps en temps des exacerbations donnant lieu *à de nouveaux produits d'exsudation.* Elle est souvent liée à la conjonctivite scrofuleuse, plus fréquemment à la conjonctivite catarrhale : elle ne peut exister avec les symptômes de la blennorrhée, en ce sens que ceux-ci, sous l'influence du développement rapide et de l'intensité du processus inflammatoire, provoquent l'absorption de l'exsudat qui est l'attribut du trachoma.

En traitant des causes de l'affection, l'auteur revient à l'opinion, énoncée plus haut, qu'elle prend surtout sa source dans un maladie générale, dans une certaine disposition morbide des yeux, sous l'influence de laquelle on la voit alors apparaître spontanément. Il pense aussi qu'elle a une certaine relation avec la *tuberculose* et les scrofules, qu'elle peut en outre dépendre de l'action de diffé-

rentes causes externes dont l'effet délétère s'exerce en partie sur l'œil, et en partie sur l'ensemble de l'organisme.

Le docteur Arlt ne nous dit pas en quoi consiste cette affection générale, ce vice de toute l'économie d'où dérive l'ophthalmie granuleuse ou trachoma; il serait sans doute bien embarrassé de nous faire connaître cette altération mystérieuse qui joue un si grand rôle dans l'étiologie qu'il attribue au trachoma. La relation qu'il veut établir entre les scrofules, la tuberculose et l'ophthalmie granuleuse prouve, selon nous, qu'il n'a pas observé cette dernière affection dans des conditions favorables; sans quoi il aurait pu s'assurer facilement que dans l'immense majorité des cas il n'en est absolument rien. Si le mal est plus tenace et plus grave chez les scrofuleux, cela n'a rien d'étonnant. Ne sait-on pas que chez eux il en est à peu-près de même pour toutes les maladies et que la kératite scrofuleuse peut être invoquée comme preuve à l'appui? Nous ne croyons pas devoir nons étendre de nouveau sur cet objet; nous nous en sommes déjà occupé à plusieurs reprises et tout récemment encore à l'occasion de l'analyse du livre du docteur Gulz (*Annales d'Oculistique*, vol. XXV, p. 153).

La paragraphe consacré au traitement du trachoma nous a paru ne contenir rien de nouveau; il n'est même pas tout à fait complet: nous croyons aussi qu'il renferme quelques hors-d'œuvre.

Le chapitre VII est consacré aux blessures de la conjonctive; le VIII[e] au ptérygion; le IX[e] au développement fongeux de la conjonctive et au cancer de cette membrane; le X[e] aux épanchements qui se font dans l'épaisseur de son tissu; le XI[e] aux productions verruqueuses de la conjonctive. Un supplément est réservé aux maladies de la caroncule lacrymale.

Les différents chapitres dont il vient d'être question ne traitent que d'affections en général assez rares et presque toutes peu importantes : toute cette partie, bien que peu développée, est toutefois fort satisfaisante pour le but pratique dans lequel l'auteur a fait son livre.

La deuxième partie du volume traite des *maladies de la cornée :* il y est d'abord question de l'anatomie et de la physiologie de cette membrane et ensuite de ses maladies et en premier lieu de la kératite.

L'ophthalmie scrofuleuse reparaît de nouveau ici sous le nom de *kératite scrofuleuse.* Nous n'y avons rien remarqué de spécial à

communiquer à nos lecteurs. Il en est de même des chapitres qui sont consacrés à la *kératite rhumatismale*, aux lésions traumatiques de la cornée, à la présence des corps étrangers dans cette membrane, à son ramollissement, aux ulcères qu'elle peut offrir et dont les suites sont soigneusement indiquées. — Le traitement est fort bien tracé.

Un chapitre considérable est aussi consacré aux altérations de la transparence de la cornée, et les différentes taches qu'on peut observer y sont bien décrites ; le traitement en est exposé d'une manière rationnelle.

Enfin, dans un dernier chapitre, il est question des altérations de la convexité de la cornée.

La simple énumération que nous venons de faire des différentes affections comprises dans la deuxième partie du livre du docteur Artl, prouve qu'il est rédigé dans l'esprit pratique que l'auteur a eu surtout en vue de lui imprimer.

On conçoit parfaitement qu'il nous ait été impossible, restreint que nous sommes par les bornes qui nous sont assignées dans ce journal, de nous étendre plus que nous ne l'avons fait sur toutes les parties traitées par l'auteur. L'ouvrage de M. Arlt a un mérite essentiellement pratique; il renferme un grand nombre d'observations intéressantes qui le rendent digne d'être distingué honorablement au milieu des productions assez nombreuses qu'on voit journellement paraître sur les maladies des organes de la vision.

Dr F. Binard.

IV. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

B.-C. Salvatore Alessi. — *Della Elhintiasi nelle sue relazioni colla Oculistica. Con una lettera sulla compressione del tumore lagrimale.* Roma, 1850, Natali, 8° pp. 186, avec 1 planche lithographiée.

(Cet ouvrage nous parvient environ deux ans après sa publication. Nous espérons pouvoir en présenter bientôt une analyse à nos lecteurs.)

G. B. Bellini. — *Brevi sinceri appunti raccolti nello spedale di Castello sull' essenza e sulla forma, sui mezzi et sui modi di riconoscere e di curare abortivamente la dominante oftalmia epidemica nei militari austro-toscani.* — Prato, 1850, Giachetti, 8° pp. 52.

G. B. Bellini. — *Nuove osservazioni sulle oftalmie nei militari in Castello e Riposta documentata alla protesta dei dottori* Cecchi, Nespoli, Bonicelli, *e* Samballino, *chirurgi militari toscani.* — Prato, 1850, Giachetti, 8° pp. 48.

(L'auteur nous a fait tenir ces deux brochures, en nous priant instamment

d'en rendre compte. Nous regrettons bien vivement de ne pouvoir déférer au désir de notre honorable confrère italien. — Les deux mémoires sont relatifs à l'ophthalmie qui règne parmi les troupes autrichiennes et toscanes, à Florence. Une polémique très-vive s'est engagée, entre quelques médecins militaires autrichiens et toscans d'une part, et quelques médecins italiens, d'autre part. Nous ne pourrons entretenir nos lecteurs de cette lutte, à laquelle l'animosité politique n'est peut-être pas étrangère, qu'après que nous aurons été mis à même de prendre connaissance des productions des adversaires de M. Bellini.)

Samuel Browne. — *The Structure and Functions of the Human Eye, with the Effects of Artificial Light upon it, and the best Means of preserving Sight.* — Belfast, Agnew, 1852, 8o pp. 40.

(Cédant au vœu des notables de Belfast, M. Browne, qui est chirurgien de l'hôpital général et de l'Institut ophthalmique de cette ville, a donné deux leçons *populaires* (*popular lectures*) au bénéfice de ces deux établissements charitables. Le sujet dont il a fait choix a été la structure et les fonctions de l'œil humain et l'exposition des effets de la lumière artificielle sur cet organe, etc. Il publie aujourd'hui ces deux leçons réunies en une brochure in-8o de 40 pages. Nous devons féliciter l'auteur d'avoir réussi à traiter une pareille matière sans que son langage cessât un instant d'être à la portée de toutes les intelligences. — L'hôpital et l'institut ophthalmique de Belfast, comme tous les établissements de ce genre en Angleterre, sont soutenus par des contributions volontaires, et parfois par des collectes faites dans des concerts, ou après des sermons ; nous ne pensons pas que l'on ait jamais eu recours, dans le même but, à des conférences scientifiques. L'essai de M. Browne a été des plus heureux ; la nouvelle pratique qu'il vient d'inaugurer, ne manquera pas de trouver des imitateurs.)

W. Roser. — *Die Lehre vom Hornhaut-Staphylom. Nach den gegenwärtigen Standpunkt der Wissenschaft.* — Marburg, 1851, Elwert, 4° pp. 44.

(*En lecture. Nous en rendrons compte très-prochainement.*)

V. — Chronique et Variétés.

Bruxelles. — L'Académie royale de médecine de Belgique vient d'arrêter le programme des questions qu'elle met au concours. Entre ces questions, nous distinguons la suivante, sur laquelle nous appelons l'attention de nos lecteurs :

« *Exposer l'influence respective des divers nerfs sur les mouvements de l'iris.* »

Le prix consiste en une médaille d'or, de la valeur 400 francs.

Les mémoires en réponse à cette question doivent être écrits en latin ou en français ; leur remise devra avoir lieu avant le 1er juillet 1853.

Les mémoires manuscrits, lisiblement écrits, seront seuls admis au concours ; ils devront être adressés, *francs de port,* au secrétariat de l'Académie, au Musée, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux mémoires, doivent être également manuscrites. — Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répèteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les mémoires arriveraient après le terme fixé ci-dessus, seront exclus des concours. —

L'Académie informe les concurrents : 1° Que ses membres, les correspondants exceptés, ne peuvent point prendre part au concours ; — 2° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses *Mémoires ;* — 3° Que les auteurs de ces ouvrages auront droit à en obtenir gratuitement cinquante exemplaires indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'administration.

— Nous trouvons ce qui suit dans *l'Étoile Belge*, sous la rubrique *Tribunaux :*

« On ne saurait croire jusqu'où vont parfois, même à Bruxelles, l'ignorance et la crédule confiance de certaines gens du peuple. A entendre les faits qui se sont déroulés samedi devant le tribunal correctionnel, on se croirait reporté de quelques siècles en arrière. Aussi l'auditoire du tribunal, tout en étant soulevé par l'indignation la plus légitime, n'a pu à de certains moments s'empêcher de rire à la vue de la naïveté et de la crédulité de plusieurs témoins qui tous ont été les dupes d'un vieillard aussi simple qu'eux.

» Jean-François Timmermans est âgé de 75 ans. C'est un ancien jardinier, domicilié à Molenbeéck-Saint-Jean ; sa figure est celle d'un homme privé d'intelligence, une chevelure blonde abondante vient retomber sur le collet d'un vieux manteau bleu dont il est couvert.

» Il est accusé : 1° d'escroquerie ; 2° d'exercice illégal de l'art de guérir ; 3° de vente de médicaments composés sans autorisation.

» La plupart des témoins cités à la requête du ministère public sont borgnes ou aveugles ; ils sont guidés par de jeunes enfants. Tous ont été les dupes de Timmermans qui, à l'aide de ses prescriptions, avait prétendu les guérir ; ceux qui voyaient un peu, ne voient plus guère aujourd'hui ; ceux qui ne voyaient pas ont subi des tortures atroces dans l'espoir de recouvrer la vue.

» Le premier témoin entendu est complétement aveugle ; il s'est adressé au prévenu pour obtenir sa guérison. Celui-ci lui a donné diverses bouteilles à deux francs pièce, dont le témoin devait se frotter les yeux toutes les deux minutes en ayant soin de rester assis pendant deux mois entiers sur une chaise, sans pouvoir se lever. Pendant ces deux mois le témoin n'avait pu se laver ni se raser, et au bout du deuxième mois *il ressemblait,* d'après son neveu, *à un monstre.*

» Timmermans lui a ensuite ordonné un bain de sable brûlant ; il y est resté depuis neuf heures du matin jusqu'à cinq heures de relevée. — « *Je voyais un* » *peu,* ajoute le témoin ; *après ce traitement je ne voyais plus. J'ai payé pour* » *plusieurs bouteilles, au prévenu, la somme de neuf francs ; je reconnais que je* » *lui en dois encore douze du même chef. Je lui avais également promis 200 fr.* » *après ma complète guérison.* »

» Un second témoin, à peu près aveugle, vient déclarer que le prévenu lui a frotté les yeux avec une brosse trempée dans son eau. Avant de commencer cette opération il avait fait des signes de croix sur les yeux du patient. — « *Il* » *m'ordonnait aussi,* ajoute le témoin, *de boire tous les jours un litre de faro et* » *de jour à autre un verre de genièvre ; le prévenu buvait avec moi.* » Le témoin a eu confiance dans le prévenu, parce que celui-ci lui a montré une déclaration du portier de la marquise de Trazegnies, qui, aveugle depuis 22 ans, avait été guéri par lui. Aussi a-t-il suivi scrupuleusement ses prescriptions ; pendant

soixante-quatre jours il s'est frotté les yeux avec l'eau du prévenu, sans se lever de sa chaise, sans se laver ou se raser.

« Une jeune fille vient ensuite déposer pour son père aveugle, qui, lui aussi, a suivi ce traitement, et c'est en pleurant qu'elle raconte au tribunal, qu'après six semaines de soins, son père était horrible à voir, sa barbe était longue, sa figure pleine d'ordures et ses yeux retournés. — « *C'est alors, M. le président,* » ajoute cette jeune fille, *qu'il a proposé à mon père de parcourir avec lui le* » *boulevard, de la porte de Louvain à la porte de Schaerbeek, en portant un écri-* » *teau ainsi conçu :* « *Voici un aveugle qui s'en va à Schaerbeek, chez* TIMMER- » MANS, *chercher deux bons yeux !* » Et c'est au bruit d'une sonnette que cette promenade devait se faire.

» D'autres témoins sont encore entendus : les uns ont pris des purgatifs qui les ont rendus malades pendant huit jours ; d'autres, après avoir subi des tortures dans des bains de sable brûlant, ont eu la tête enflée ; et tous déclarent que TIMMERMANS, en venant faire ses visites, se faisait servir soit du faro, soit du genièvre, et même chez un témoin, il a reçu pendant trois mois le logement et la nourriture à titre d'honoraires.

» Après un réquisitoire énergique de Me BAUDE, substitut du procureur du roi, le tribunal a condamné TIMMERMANS à quatre mois de prison pour escroquerie, à 50 florins d'amende pour exercice illégal de l'art de guérir, et à 25 florins d'amende pour vente sans autorisation d'un médicament composé. »

LIÉGE. — Le dispensaire ophthalmique de Liége vient de recevoir du gouvernement un subside de 250 francs. Cette somme restant en caisse, après tous les frais payés, elle sera affectée à la création de deux nouveaux lits, ce qui va porter à 14 le nombre de lits dont l'établissement pourra disposer pour 1852. Il est probable qu'il sera encore augmenté dans le courant de l'année. Le Conseil communal de Liége vient aussi d'accorder au dispensaire un subside de 150 francs sur son budget de 1852.

Le nombre des malades traités dans cette institution pendant l'année 1851 a été de 856 ; ce qui porte à 6,757 le total des ophthalmiques indigents qui y ont été traités depuis sa création.

Dans les visites cantonales, qu'il a faites gratuitement, M. le docteur JULES ANSIAUX a visité 142 malades ; plusieurs d'entre eux, atteints de cécité, sont venus au dispensaire et y ont séjourné jusqu'à leur guérison. Le compte-rendu de la clinique de l'année 1851 paraîtra dans les *Annales d'Oculistique ;* il ne sera pas moins complet que celui des années précédentes.

PARIS. — M. le docteur J. SMITS a mis en parallèle, dans notre tome XXV, pp. 201-204, d'une part, la description donnée, en mai 1851, par M. BÉRAUD, d'*une nouvelle valvule inconnue jusqu'ici et qui existe dans les voies lacrymales de l'homme,* et d'autre part, l'exposition tracée par M. VON HASNER, en 1850, de l'appareil de valvules qui sépare le canal lacrymal des fosses nasales. Nous recevons, au moment de mettre sous presse, des détails complémentaires de sa première notice, communiqués par M. BÉRAUD dans une des séances du mois de janvier de la Société de Biologie ; nous nous empressons de les reproduire, d'après le compte-rendu publié par le secrétaire de la compagnie, M. le docteur E. LE BRET :

« DÉTAILS RELATIFS AU CANAL LACRYMO-NASAL. — Sur deux pièces, M. BÉRAUD » montre de nouveau la valvule qu'il a décrite à la partie inférieure du sac lacry-

» mal; mais aujourd'hui il veut attirer l'attention de la Société sur une pièce qui
» offre une disposition pathologique de cette valvule. Il montre, en effet, un con-
» duit lacrymo-nasal où l'on voit la disposition suivante: la valvule, au lieu d'être
» dirigée en haut, du côté du sac lacrymal, est tombée du côté du canal nasal
» où elle est devenue adhérente par ses bords latéraux, et elle n'offre plus que
» son extrémité de libre. Par suite de cette nouvelle disposition, le canal nasal
» se trouve divisé en deux parties : l'une très-étroite, l'autre ayant presque le
» calibre normal du canal. Lorsque l'on cherche à pénétrer dans le sac lacrymal
» par l'ouverture inférieure ou nasale, on parcourt d'abord facilement le canal
» nasal, mais vers la partie inférieure on rencontre un obstacle, et l'on croirait
» au premier abord qu'il y a une oblitération complète. On est arrêté là par le
» cul-de-sac de la valvule repliée en bas ; mais si l'on cherche à pénétrer dans le
» canal nasal par la partie supérieure, en se servant d'un stylet assez fin, on
» arrive dans une espèce d'infundibulum, lequel se termine par un canal laté-
» ral, et on arrive ainsi jusque dans les fosses nasales. Cette disposition explique
» peut-être pourquoi, dans certains cas, on peut rencontrer un double canal
» nasal. L'auteur de la communication a eu l'occasion d'observer deux fois ce
» phénomène.

» Mais une autre disposition a fixé les recherches de M. Béraud. Il a trouvé
» que le tendon du muscle oblique, après s'être inséré sur le rebord orbitaire
» au voisinage du sac, envoie sur la paroi externe de cet organe un tendon véri-
» table qui va précisément s'insérer sur le point où existe la valvule inférieure.
» Il envoie en même temps une expansion aponévrotique qui vient renforcer la
» paroi du sac sur le côté externe.

» Dans d'autres cas, et cette disposition se voit sur une pièce présentée par
» M. Béraud, le tendon tout entier s'insère sur la paroi inférieure du sac, à sa
» réunion avec le canal nasal ; de sorte que cette disposition aurait pour effet
» d'opérer une dilatation de cette partie des voies lacrymales au moment où le
» muscle petit oblique se contracte. »

Berlin. — Le docteur Helfft publie en ce moment, dans la *Deutsche Klinik*, un résumé du travail du docteur Rigler sur l'état actuel de la médecine en Orient, et sur les remèdes populaires qui y sont en usage. Nous avons rencontré dans la notice de M. Helfft le paragraphe suivant :

« Les oculistes turcs ne connaissent que la dépression de la cataracte, d'après la méthode de Celse. Ils ne pratiquent aucune autre opération tant sur l'œil que sur ses annexes. Dans toute la Turquie les affections inflammatoires des yeux sont traitées par les sangsues, les vésicatoires, et, sans exception, par les astringents. Dans les ophthalmies chroniques, les gens du peuple se servent d'un mélange de sépia et de réalgar, qu'ils s'introduisent entre les paupières, et ils font usage d'une pommade composée de précipité rouge, de sulfate de zinc, de sucre de Saturne, d'alun et de suc de scille maritime. »

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XXVII. — 5e série. Tome 1er. — 3e, 4e, 5e et 6e livraisons.

31 MARS, 30 AVRIL, 31 MAI ET 30 JUIN 1852.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MATÉRIAUX POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES ABNORMITÉS CONGÉNIALES DES YEUX ET DE LEURS ANNEXES;

Par le docteur ÉDOUARD CORNAZ, de Neuchâtel, en Suisse.

Ayant déjà publié, à la fin de 1848, une monographie sur ce sujet (1), j'ai pu, au moyen d'observations dont les unes m'étaient propres, et les autres empruntées à divers auteurs, faire paraître un second mémoire (2) sur le même sujet. Si j'y reviens encore, ce n'est pas pour exposer des découvertes qui me sont propres, mais pour extraire des notes nombreuses que j'ai réunies sur la même spécialité, quelques documents qui, soit au point de vue historique, soit comme faits généralement peu connus, puissent compléter ceux que j'ai pu utiliser au milieu de circonstances moins favorables, lors de ma première publication. En effet, pendant mon séjour à Paris, j'ai eu plusieurs occasions précieuses de me livrer à de nouvelles recherches bibliographiques sur cette intéressante partie de l'ophthalmologie, dont la principale a été celle que m'a fournie M. le docteur Jules Sichel, ce savant oculiste ayant eu l'extrême obligeance de mettre à ma disposition, non-seulement sa riche bibliothèque, mais encore les extraits manuscrits qu'il rassemble depuis des années. Qu'il me soit permis de lui en témoigner ici toute ma reconnaissance. Le docteur Wilde, chirurgien en chef de l'hôpital ophthalmique de Saint-Marc, à Dublin, a bien voulu m'envoyer sa monographie, malheureuse-

(1) CORNAZ, *Des abnormités congéniales des yeux et de leurs annexes.* Lausanne, 1848, 8°.

(2) Idem, *Quelques observations d'abnormités congéniales des yeux et de leurs annexes.* Bruxelles et Leipzig, 1851, 8°. (Extrait des *Annales d'Oculistique,* t. XXIV, pp. 24-52.)

ment inachevée, sur le même sujet, et ses *Rapports sur les progrès de l'Oculistique en* 1846 *et* 1847, qui m'ont fourni de nombreux renseignements, surtout pour les travaux anglais. J'ai, en outre, parcouru plusieurs écrits spéciaux, plus ou moins étendus, divers journaux scientifiques, plusieurs traités d'ophthalmologie que je n'avais pas à ma portée précédemment. J'espère ainsi pouvoir reproduire ici quelques faits intéressants, et, en partie, peu connus, même des auteurs qui s'occupent des maladies des yeux. Quelques observations nouvelles, qui me sont propres, trouveront également place dans ce mémoire.

Autant que possible, je conserverai le même ordre que dans mes précédents travaux, évitant de répéter ce que j'aurais déjà cité, et renvoyant en général aux articles des *Annales d'Oculistique* plutôt que de les reproduire. Le chapitre des généralités renferme plusieurs notices bibliographiques sur des monographies intéressantes pour cette étude; ce qui concerne les anomalies des orbites, des vaisseaux et des nerfs, a subi de nombreuses adjonctions, pour lesquelles l'*Encyclopédie anatomique* m'a été d'un grand secours; pour les autres chapitres, j'utiliserai ce qui me paraîtra le plus important.

Un astérisque (*) me servira à désigner les citations que j'ai pu relever sur les originaux; pour abréger un peu les notes, j'ai adopté un petit nombre d'abréviations que voici :

A.—*Annales d'Oculistique,* publiées par Florent Cunier ;
B.—*Bulletin de la Société anatomique de Paris ;*
C.—*Journal für Chirurgie und Augenheilkunde,* neue Folge, de Walther et Ammon. (Journal de Chirurgie et d'Ophthalmologie, nouvelle suite) ;
D.—Dubourg, *Thèse.* Paris, 1828;
G.—*Gazette médicale de Paris ;*
J.—*Jahresbericht der gesammten Medicin*, de Canstatt;
L.—Laroche, *Thèse.* Paris, 1823 ;
P.—*Prager Vierteljahrschrift.* (Journal trimestriel de médecine de la Faculté de Prague) ;
R.—*Allgemeines Repertorium,* et *Neues Repertorium der gesammten deutschen med.-chir. Journalistik,* par Kleinert, puis par Neumeister. (Répertoire de tous les journaux médico-chirurgicaux allemands) ;
S.—Soemmering, *Encyclopédie anatomique,* t. II ;

T.—Theile, *Encyclopédie anatomique*, t. III, Myologie et Angéiologie;

V.—Valentin, *Encyclopédie anatomique*, t. IV, Névrologie;

W.—Wilde, *An Essay upon the Malformations and Congenital Diseases of the Organs of Sight*;

X.—*Report on the Progress of ophthalmic Surgery*, for 1846. — *Idem*, for 1847; by Wilde.

Il n'est pas nécessaire, après ce que je viens de dire, de faire remarquer pourquoi plusieurs points seront complétement passés sous silence; car ce mémoire n'est pas une seconde édition de ma monographie, il en est plutôt un complément : c'est par cette raison que je ne mentionnerai pas la plupart des documents que j'ai précédemment utilisés. Puisse l'accueil bienveillant fait à mes précédentes recherches se répéter pour ces pages, dans lesquelles je me suis efforcé, non de prouver le fondement d'idés préconçues, mais simplement d'exposer ce qui a été observé.

CHAPITRE I.

Généralités.— Il m'a paru utile de commencer ces documents par de courtes notices sur quelques ouvrages plus ou moins spécialement consacrés à l'étude des vices de naissance et maladies congéniales des yeux, qui nous étaient, en partie, complétement inconnus, ou que nous n'avons eu occasion de consulter que depuis peu, renvoyant pour l'énumération des autres sources principales à notre premier travail (1).

On trouve dans la dissertation inaugurale de J.-C. Sybel (2) des données sur un grand nombre d'altérations congéniales des yeux et de leur annexes, en particulier sur l'ancyloblépharon, les excroissances et les poils de la cornée, l'iridérémie, le coloboma irien, la corectopie, la dyscorie, la polycorie, les variétés de grandeur de la pupille (entre autres la macrocorie des cyclopes), la persistance de la membrane de Wachendorf, l'hétérophthalmos, l'albinisme, diverses anomalies du corps ciliaire, l'absence et la duplicité du cristallin, la cataracte congéniale et les anomalies de la capsule,

(1) * Cornaz, *Des abnormités congéniales*, p. 7 et suiv.

(2) *De quibusdam materiae et formae oculi aberrationibus a statu normali*. Halle, 1799; traduit en allemand dans * Reil's *Archiv für die Physiologie*, t. V. Halle, 1802, cah. 1, pp. 1-66, et cah. 3, pp. 357-381.

l'absence de la rétine et celle du nerf optique, la réunion de ces deux nerfs et l'absence de leur commissure, le daltonisme, l'exophthalmie, les anomalies de position absolue ou respective des yeux, le polyophthalmos, la cyclopie et l'anophthalmos. On voit par cette liste que cet auteur passe complétement sous silence les annexes de l'œil, la conjonctive oculaire, la sclérotique, la choroïde, l'humeur aqueuse, le corps vitré et la couronne ciliaire, et n'est un peu complet que pour l'iris, le cristallin, le nerf optique et le globe oculaire pris dans son ensemble. Toutefois l'époque à laquelle parut ce traité remarquable d'anatomie pathologique, et la circonstance que je l'utiliserai peu dans ce travail, m'ont engagé à donner le catalogue complet de son contenu, rangé dans l'ordre que j'ai adopté.

La plus ancienne monographie des affections oculaires congéniales paraît être celle d'un médecin suisse que des travaux postérieurs et une vaste clientèle ont assez illustré pour que son essai ait été oublié; elle est intitulée : *Essai sur quelques maladies congéniales des yeux, présenté et soutenu à l'École de médecine de Montpellier pour obtenir le grade de docteur en chirurgie*, par F. Mayor, de Ballens (Suisse), membre de la Société d'Émulation du canton de Vaud (1). L'auteur ne s'y occupe que des formes auxquelles la chirurgie peut remédier, et traite de l'anchyloblépharon (pp. 6-11), dont il distingue deux variétés (anchyloblépharon et symblépharon), de l'œil de lièvre (pp. 11-13), qui est le coloboma palpébral, seule maladie dont il cite un cas, des excroissances ou envies des paupières (pp. 13-14), de l'albugo (pp. 14-15), de l'occlusion de la pupille (pp. 15-25), persévérance de la membrane de Wachendorf, rétrécissement de la pupille et adhérence des bords de l'iris, à propos desquels il donne un historique de l'opération de la pupille artificielle, et enfin du strabisme chez les petits enfants en général (pp. 22-25). Cette courte thèse a un grand intérêt historique comme premier essai de ce genre; elle ne contient que peu de citations bibliographiques.

Nous devons citer ensuite l'*Essai d'anatomie pathologique sur les monstruosités ou vices de conformation primitifs de la face*, thèse par Victor Laroche, d'Angers (Maine-et-Loire), Paris, 1823,

(1) Montpellier, imp. de Fontenay-Picot, place des Capucins, an 1808, in-4° de 25 pages. — C'est dans la bibliothèque du docteur J. Sichel, que j'ai pu consulter cette brochure, que je n'ai pu me procurer ni à Montpellier, ni à Paris.

n° 41 (1). Les sources consultées par l'auteur sont : les *Opera minora*, de Haller; l'*Anatomie pathologique* de J.-F. Meckel; les *Mémoires de l'Académie des sciences*; les *Dissertations* de Schubarth et de Nicati; le *Cours d'anatomie* du professeur P.-A. Béclard (1822); les œuvres de Th. Bartholin, de Ruysch et de Walther; le *Recueil des monstruosités* de Moreau de la Sarthe, et divers journaux de médecine. Le premier chapitre traite du développement du fœtus, et plus spécialement de celui de la tête en général et de la face en particulier; le deuxième, des monstres en général (définition, classification, étiologie, hérédité et statistique); le troisième, de l'acéphalie, et le quatrième, des monstruosités de la face. Laroche y parle de la monopsie (*cyclopie*), qui accompagne souvent l'aprosopie et l'atélo-prosopie, lesquelles ne présentent, dans d'autres cas, aucune trace des yeux; il traite cependant plus spécialement de la monopsie en général et de son histoire (pp. 38-44), de l'anopsie et des imperfections des yeux (pp. 44-46), de l'ablépharie (p. 46), de l'atrésie des paupières (pp. 46-47), de celle de l'iris ou persistance de la membrane pupillaire (pp. 47-48), de l'*aniridie* (2), du *coloboma iridis* et de la dyscorie, à laquelle il ne donne pas de nom (pp. 48-49); les planches I et II représentent un fœtus humain, affecté de monopsie, avec de nombreux détails anatomiques décrits aux pages 67-71. L'intérêt de cette monographie est, on le voit facilement, plus grand que celui de la précédente, mais elle n'est plus spécialement destinée aux vices de naissance des yeux.

Une autre thèse dont le sujet est plus vaste, puisqu'elle ne se restreint pas aux abnormités congéniales, mais qui, d'autre part, ne renferme que celles d'entre elles qui ne sont pas incurables, est intitulée : *Des vices de conformation de la face, soit congénitaux, soit accidentels, auxquels il est possible de remédier par des opérations chirurgicales* (Thèse par J. Dubourg. Paris, 1828, n° 45, in-4° de 57 pages). Ce médecin expose d'abord les caractères généraux des vices de conformation, puis ceux qui sont propres soit aux vices congéniaux, soit aux difformités accidentelles; puis il s'occupe de la

(1) In-4° de 76 pages et 3 planches. — On en trouve une courte analyse dans les *Archives générales de médecine*, 3e année, t. VII. Paris, 1825 (janvier), p. 316.

(2) Ce nom est donc plus ancien que celui d'*iridérémie*, employé pour la première fois en 1832 dans le supplément du Dictionnaire médical de Krause. Nous ignorons pourquoi Laroche change continuellement le mot de *coloboma* en *colabomae*.

classification, de l'étiologie, des inconvénients et dangers, et enfin de la curabilité de ces affections. Après cette introduction et un exposé succinct de l'anatomie de la face, nous trouvons tout le § 1 de cette monographie destiné aux *vices de conformation congénitaux ou accidentels des yeux et de leurs dépendances* (pp. 19-25) ; après avoir mentionné, en passant, l'anopsie et la monopsie, qui ne rentrent pas dans son sujet, Dubourg s'occupe : a.) *Des difformités congénitales ou accidentelles de l'iris,* parmi lesquelles il cite comme pouvant exister, dès la naissance, les adhérences de l'iris, soit avec la cornée, soit avec le cristallin, et son atrésie (1) ; b.) *Des différences congénitales des paupières*, *des cils et sourcils*, parmi lesquels l'atrésie et les adhérences palpébrales, l'ectropion (*éraillement*), le prolapsus de la paupière et la lagophthalmie sont cités comme pouvant se rencontrer dès la naissance ; enfin, parmi les altérations non classées topographiquement, l'auteur nous parle pp. 44-47) des *naevi materni* ou envies, qui ont une singulière prédilection pour certaines parties de la face, riches en vaisseaux, et entre autres pour les paupières. Si, dans son ensemble, ce travail ne manque pas d'intérêt, nous devons regretter l'absence complète de citations, et, du moins pour la partie ophthalmologique, d'observations communiquées ; les généralités de cette thèse sont puisées, en grande partie, dans les leçons orales du professeur Roux.

Dans son *Traité de l'anatomie pathologique des mammifères domestiques* (2), le professeur Gurlt s'occupe de quelques abnormités de naissance, mais, naturellement, tout particulièrement de celles qui sont assez importantes pour rentrer dans un traité général de tératologie ; citons spécialement ses intéressants documents sur la cyclopie. Disons, en passant, que les traités d'ophthalmologie vétérinaire de Leblanc (3) et J.-F. Müller (4) ne contiennent presque absolument rien qui puisse nous intéresser ici.

(1) « L'*imperforation congénitale* », dit-il, « est due ou à la coalition des deux « moitiés dont l'iris est primitivement formé, ou à la persistance de la mem- « brane pupillaire... »

(2) * E.-F.-L. Gurlt, *Lehrbuch der pathologischen Anatomie der Haus-Säugethiere,* 2e Theil. Berlin, 1832, 8o, et atlas in-fol. ; pp. 455-458 (yeux en général) ; et pp. 153-170 (cyclopie).

(3) * U. Leblanc, *Traité des maladies des yeux, observées sur les principaux animaux domestiques, principalement sur le cheval.* Paris, 1824, 8o.

(4) * J.-F. Mueller (in Mainz), *Handbuch der Veterinär-Ophthalmologie für Thierärtzte.* Braunswick, 1847, 8o.

A côté des travaux ou articles spéciaux que publièrent vers cette époque Seiler (1833), le chevalier d'Ammon (1841), Beger (1841) et Ruete (1846!), nous sommes obligés de citer une dissertation assez insignifiante pour notre sujet, c'est celle de Fischel (Süskind), de la Prusse rhénane, intitulée*: *De oculi neonati morbis*; Bonnae, 1841, in-8°, qui contient (pp. 16-30) un article sur les *Morbi congeniti*, où sont indiquées les affections suivantes : *Presbyopia, myopia, blepharoptosis, cilia male sita, coloboma iridis, defectus pupillae, pupilla praeternaturalis, rhyas, excrescentia corneae, strabismus, anophthalmos, symblepharon, ancyloblepharon, microphthalmus, oculus supernumerarius, cyclops, teleangiectasia.* On y trouve aussi (pp. 11-12) quelques mots sur la cataracte congéniale.

Le docteur W.-R.-A. Wilde, de Dublin, a publié en deux ou trois articles successifs une monographie, malheureusement non terminée, intitulée : *An Essay upon the Malformations and Congenital Diseases of the Organs of Sight* (1), qui sert de supplément à quelques pages des deux rapports annuels qu'il a publiés (2). Dans une courte introduction (pp. 1-8), l'auteur montre que le nouveau-né diffère beaucoup de l'adulte au point de vue anatomique, et qu'il y a beaucoup de vices de conformation et de maladies de la vie intra-utérine, dont l'étude présente non-seulement un intérêt scientifique, mais une utilité pratique. Il regrette que, hors de l'Allemagne du moins, on ait attaché si peu d'importance à l'étude des abnormités congéniales des yeux ; en effet, il n'a trouvé, ni en Angleterre, ni en France, d'ouvrage spécial sur ce sujet : un article de Lawrence sur les monstruosités, dans les *Medico-chirurgical Transactions*, de Londres, traite en moins de douze lignes ce qui concerne l'organe de la vision, et les ouvrages de Geoffroy-Saint-Hilaire, Malliard et Cruveilhier ne lui ont fourni que peu de documents. En revanche l'Allemagne cite une dissertation de Kieser (*De anamorphosi oculi*, Göttingue, 1804, in-4°),

(1) 8° de 104 pages, sans titre définitif, extrait du *The Dublin Quarterly Journal of medical Science*, année 1848 (le commencement du moins). Espérons que, malgré ses nombreuses occupations, le savant chirurgien de Saint-Marc pourra terminer son *Essai*.

(2) *Report on the progress of ophthalmic Surgery, for the year* 1846 ; extrait du même journal, févr. 1847. Dublin, Hodges a. Smith, 1847, 8° de ij — 55 pages ; et * *Report, a. s. o.*, *for the year* 1847 ; du cahier trimestriel de mai 1848 de ce même recueil périodique. Dublin, 1848, même adresse (8° de 40 pages).

les monographies de Seiler et d'Ammon, et l'ouvrage récent de Himly sur l'opthalmologie, plus un grand nombre de périodiques riches en observations; les professeurs Seiler, de Dresde, et Van Zetti, de Karkov, ont fourni à l'auteur quelques matériaux qui, augmentés des cas observés par Lawrence, Mackenzie, Middlemore, Travers, Walker, Wardrop, Ware, et surtout par le professeur Wilde lui-même, ont permis à ce dernier d'entreprendre sa monographie qu'il a la modestie d'appeler un *essai*. On y trouve plusieurs résumés très-intéressants de l'état actuel de la science sur le développement des yeux, extraits en majeure partie de l'*Encyclopédie anatomique*, traduite de l'allemand par Jourdan, lesquels facilitent l'explication de la formation des divers arrêts de développement. Des gravures sur bois, originales ou copiées, augmentent beaucoup la valeur de cet ouvrage que de nombreux documents pris dans les auteurs anglais mettent à même de remplir une lacune présentée par les autres travaux qui traitent du même sujet. Les organes protecteurs et les annexes de l'œil (*Defenses of the Eye and ocular Appendages*), les voies lacrymales y sont d'abord passés en revue, puis viennent les altérations de grandeur, de forme, de structure et de position du globe oculaire, les abnormités de son appareil moteur, de la conjonctive oculaire, de la cornée, de l'iris et de la choroïde; c'est au milieu de la description de l'iridérémie que s'arrête ce mémoire auquel nous ferons de fréquents renvois dans les pages suivantes.

Nous recommanderons à ceux de nos lecteurs qui savent l'allemand un article concis et très-intéressant du professeur C.-G. Ruete (1), sur l'anatomie pathologique appliquée à l'étude des vices de naissance des yeux, publié en 1849 : il y parle de la cyclopie, de l'anophthalmie (monophthalmie), du microphtalmus, des cataractes congéniales, du colobome de l'iris, de l'iridérémie, de la polycorie, des anomalies des fibrilles iriennes, de la membrane pupillaire persévérante, des opacités de la cornée, de la « *cornea globosa*, » de l'ankyloblépharon, du blepharophimosis et du lagophthalmos, — formes qu'il explique comme des arrêts de développement, qualité qu'il refuse à la cornée conique.

(1) Dans * Rud. Wagner's *Handwörterbuch der Physiologie, mit Rücksicht auf physiologische Pathologie*, 20e livraison, ou t. III, 2e partie, 5e livraison : Ruete, « *die Physiologie in ihrer Anwendung auf Augenheilkunde* », et plus spécialement, pp. 319-329.

Aux diverses sources que j'ai précédement citées, il faut ajouter les périodiques suivants : le CANSTATT's *Jahresbericht*, dans lequel sont insérés les rapports ophthalmologiques du docteur J.-H. Beger, où se trouvent réunies les observations d'abnormités congéniales des yeux relatées dans le cours de chaque année; les *Bulletins de la Société Anatomique de Paris*, et les extraits de mémoires et articles d'oculistique que renferment divers journaux de médecine, entre autres les *Annales d'Oculistique*, la *Gazette médicale de Paris*, la *Vierteljahrschrift* de la faculté de médecine de Prague, et le *Repertorium der deutschen medizinisch-chirurgischen Journalistik*.

Nous avons dit, dans un précédent travail, combien il restait à faire avant qu'on pût établir des données comparatives et statistiques sur la fréquence des vices de naissance, et en particulier, de ceux des yeux. Voici quelques notes à ce sujet, dont nous ne garantissons point l'exactitude, ne sachant sur quelles données on s'est basé pour avancer ces faits. Les vices de naissance en général, passent pour plus fréquents du côté gauche que du droit (1), dans le sexe féminin, que dans le masculin (2), dans certains appareils (3), et entre autres dans l'organe de la vision (4), que dans d'autres; dans certains systèmes que dans d'autres, parmi les derniers desquels il faudrait compter le système vasculaire (5), etc. Le docteur Dubourg prétend aussi que les anomalies légères sont les plus fréquentes; toutefois, pour ce qui concerne les yeux en particulier, nous ne pouvons accéder à cette donnée si généralement exprimée. Il ne serait pas difficile de trouver dans les ouvrages de tératologie d'autres généralités de ce genre; mais, sans compter qu'elles ne sont pas toujours basées sur un nombre suffisant d'observations, nous sommes bien éloignés de savoir si elles s'appliquent avec le même droit aux abnormités congéniales des yeux en particulier.

Il serait intéressant de savoir si ces dernières sont plus fréquentes chez les personnes à iris bleu que chez celles dont le

(1) * D., p. vij; — * FRANZ-JOSEPH HOLUB, « *Ueber Monstruositäten* », dans P., I, 1844, t. IV, p. 42.

(2) GEORGET, dans le *Nouv. Journ. de Méd.*, t. VII (d'après * J.-F. MECKEL's *Deutsch Archiv. f. d. Physiologie*, t. VI. Halle, 1820, cah. 3, p. 475); — * D., p. vij; — * HOLUB, l. c., p. 43.

(3) * D., p. vij.

(4) * ROGNETTA, *Traité*, etc. Paris, 1844, p. 225.

(5) * D., p. vij.

voile irien est brun. Malheureusement, nous manquons ici de la base même de laquelle il faudrait partir ; en effet, nous ignorons quelle est, dans diverses localités, la fréquence comparative des diverses couleurs d'yeux ; des données sur les îles Britanniques en général, sur Dublin, Göttingue et Lyon, sont à peu près tout ce qu'on a à ce sujet, sur lequel nous comptons revenir dans un prochain mémoire ; bornons-nous à dire ici qu'en cette ville (Neuchâtel, en Suisse,) et ses environs, nous avons trouvé sur 400 personnes, dont 234 prises parmi nos connaissances et notre pratique particulière, et 166 à l'hôpital de Pourtalès, 180 personnes à iris bruns et 220 à yeux bleus ou gris, ce qui donne la proportion de 45 pour cent des premiers, et de 55 des derniers ; ce qui donnerait le rapport de 9 bruns pour 11 bleus. Au reste, alors même que la fréquence comparative des diverses couleurs de l'iris sera connue, ce ne sera qu'à la suite d'observations nombreuses qu'on pourra arriver à des résultats positifs pour ce qui concerne les données de statistique de cette nature au sujet des vices de naissance des yeux en général, et de chacune d'eux en particulier. Ainsi, par exemple, tandis que Benedict (1) affirme n'avoir vu le colobome de l'iris que sur des personnes qui avaient ce voile bleu, et cela sur 7, et que telle en était aussi la couleur dans les deux cas de ce vice de naissance que j'ai vus à Berne, Gräfe et Walther pensaient, au contraire, que vice était plus fréquent chez les yeux bruns, et le professeur Rau n'admet pas que la couleur de l'iris exerce une influence sur la fréquence de ce vice de naissance. — On a prétendu que les personnes dont les iris ont cette couleur brune, que les Anglais appellent *noisette*, sont particulièrement disposées au daltonisme.

Il y a des différences assez grandes dans la fréquence respective des diverses abnormités congéniales à l'œil droit ou au gauche ; Radius prétend que le microphthalmos est plus fréquent à droite dans le rapport de 7 à 2 ; Dieffenbach, que le strabisme est plus fréquent et plus fort à gauche. Certaines de ces affections se trouvent plus fréquemment sur les deux yeux que sur un seulement, et dans ce nombre seraient l'iridérémie et le buphthalmos ; d'après un résumé de 22 cas, j'ai trouvé 11 fois le coloboma de l'iris bilatéral et 11 fois monolatéral.

(1) * T.-W.-G. Benedict, *Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde*, t. II. Breslau, 1845, p. 35.

Quant au sexe, l'iridérémie, et plus encore le daltonisme, sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes ; en revanche, d'après Radius, c'est chez ces dernières qu'on rencontre le plus souvent le microphthalmos; il y aurait, d'après Escher et Rau, égalité de fréquence du coloboma de l'iris chez les deux sexes, tandis que, d'après nos recherches précédentes, il se serait présenté, sur 19 fois, 12 fois chez les hommes, et 7 fois chez les femmes.

Y a-t-il des abnormités congéniales des yeux qui soient propres à l'espèce humaine? Cela pourrait être, et paraîtrait se rencontrer dans l'iridérémie ou aniridie, d'après les observations actuelles; mais il en est un grand nombre qui ont été vues chez divers animaux, et plus spécialement chez les espèces domestiques. Qu'il nous suffise de citer l'ankyloblépharon, assez fréquent chez les derniers; le coloboma irien, observé par Heyfelder sur un chien, et par Warnatz sur une poule; la persévérance de la membrane pupillaire, qui s'est présentée chez un chien, un chat, un cerf albinos, un aigle et un autre oiseau; les yeux vairons et mi-vairons (c'est-à-dire dont l'iris présente du blanc dans sa totalité ou du moins dans une de ses moitiés), forme assez fréquente chez les chiens, et qui n'a pas été observée, que je sache, dans l'espèce humaine; l'albinisme, qui se rencontre chez presque toutes les classes d'animaux; la mélanose congéniale des yeux, qui paraît propre aux chevaux; la cyclopie, étudiée par divers auteurs sur les porcs, les agneaux, les veaux, les chiens, les poulains, sur une poule, une espèce de foulque et même sur une abeille; l'anophthalmos, qui s'est présenté chez des chiens, des chats, des veaux et des poulains; le monophthalmos, observé chez un porc et un poulet ; etc.

On a vu un certain nombre de vices de naissance des yeux se montrer héréditaires, entre autres le strabisme, la dystichiasis (Rosas), la blépharoptose, l'arc fétal (Wardrop), l'iridérémie (Henzschel, S. Gutbier, d'Ammon, Focachon, Stœber et Cunier), le colobome de l'iris, l'albinisme, la cataracte congéniale, l'héméralopie ou cécité nocturne (Riss, Cunier, etc.), le daltonisme, le microphthalmos, etc. On a en vu se présenter chez plusieurs frères et sœurs, dont les parents et les ancêtres ne les avaient jamais eus, du moins à l'état congénial, entre autres le strabisme, la cornée conique, la coreptopie (Schwartz), la dyscorie (Pœnitz et Seiler), l'albinisme, l'hydrophthalmos antérieur (Jüngken), le daltonisme (Cornaz), la nyctalopie ou cécité diurne (Froriep), l'héméralopie (H.-C.-E. Richter), le microphthalmos et l'anophthalmos. Cepen-

dant, je crois qu'on peut avancer à coup sûr que toutes les abnormités oculaires se présentent le plus souvent à l'état sporadique.

Le docteur Heidenreich (1) prétend avoir souvent observé des vices de naissance des yeux, tels que l'iridérémie, des opacités de la cornée, etc., à la suite d'impressions vives (*Versehen*) de la mère. Au reste, c'est là un point de l'étiologie des abnormités congéniales qui demande des recherches sérieuses, vu la grande différence des opinions à ce sujet et le grand nombre de rapprochements exagérés qu'on a faits.

Il ne me serait pas possible de donner ici des résultats sur la fréquence comparative de divers vices de naissance des yeux; nous pouvons affirmer cependant qu'on n'observe pas que les anomalies les plus légères soient les plus fréquentes : cela peut être vrai de quelques-unes d'entre elles, par exemple des taches de rouille du voile irien, des téléangiectasies des paupières.

S'il est des praticiens qui apprécient les recherches faites même dans les portions de la science qui n'ont qu'un intérêt théorique, il en est d'autres qui veulent, avant de se prononcer sur un travail, y voir une utilité pratique. Pour ces derniers, des recherches de la nature de celles-ci doivent paraître complétement superflues. Nous reconnaîtrons volontiers que plusieurs des vices de conformation des yeux, et plus particulièrement les anomalies des orbites, des vaisseaux sanguins et des nerfs, ont surtout un intérêt anatomique; toutefois, même parmi ces dernières, il en est qui peuvent expliquer des faits physiologiques exceptionnels; ainsi, les personnes qui, comme Fontana, peuvent à volonté augmenter ou diminuer la dimension de leurs pupilles, ne le doivent-elles pas à quelque anomalie du ganglion ciliaire? C'est plus que probable. Citons cependant ici un ou deux faits qui pourront prouver, je l'espère, même aux plus exigeants, l'importance de cette étude au point de vue de la médecine pratique.

Le docteur Wilde (2) fut appelé à visiter un capitaine, d'une humeur excentrique, qu'il n'avait jamais vu et qui se plaignait d'une ophthalmie, accompagnée de photophobie, de lacrymation et d'un peu d'œdème et de rougeur des paupières de l'œil droit;

(1) Med. Correspondenz- Bl. bayer. Aerzte 1845, nº 19 (d'après * R., 1845, Anatomie, p. 37.)

(2) * X., 1846, p. 6-7.

ce malade refusa de donner aucun détail sur l'origine de cette affection et sur ses symptômes, jusqu'à ce que ce médecin se fût prononcé; deux tumeurs rouges, et recouvertes d'un tissu cuticulaire et d'une apparence vernissée, lui firent prononcer que c'était des *tumeurs congéniales* en état d'inflammation, diagnostic qui se trouva être parfaitement juste.

Le docteur Victor Szokalski (1) fut appelé à soigner une petite fille, âgée de 8 ans, habitant les environs d'Orléans, mais qui était d'origine polonaise; elle présentait une affection oculaire qu'on avait regardée comme syphilitique, et cela d'autant plus qu'elle devait avoir eu, pendant qu'elle était en nourrice, plusieurs manifestations de cette nature; dans cette persuation, elle fut soumise par un officier de santé à un traitement antisyphilitique très-énergique. Guérie par d'autres remèdes de l'affection qu'elle présentait, elle fut prise d'une inflammation des yeux et traitée par une médication antiphlogistique, après laquelle l'oculiste ambulant qui l'avait soignée, examinant plus attentivement les yeux, crut trouver sur un d'eux les symptômes d'un iritis syphilitique. Les parents, effrayés, la conduisirent à Paris, où Szokalski trouva chez cet enfant scrofuleux une forme nouvelle du coréstênoma, vice de naissance de l'iris, décrit par d'Ammon. Si, dans le cas précédent, la bizarrerie du malade l'engageait à voir si le médecin était à même de diagnostiquer un vice de conformation, dans celui-ci, il s'agit de la santé d'un enfant, qui aurait pu être gravement compromise en cas d'erreur de diagnostic, sans que l'état de l'œil eût subi le moindre changement favorable.

Nous pourrions aussi parler ici d'un cas de persévérance de la membrane pupillaire, observé et décrit par le docteur Paul Bernard (2), qui fut d'abord pris pour une cataracte vraie, ce qui aurait nécessité une opération, tandis que des frictions de belladone sur les tempes et les paupières suffirent pour détacher en peu de temps cette membrane du voile irien.

ORBITES.

Ouvrage à consulter : * S., pp. 26-59, passim.

Parmi les observations de vices de naissance qui intéressent plus ou moins l'ensemble des os de l'orbite, nous citerons les

(1) * P., 3. 1846, 4 (12), p. 18 et suiv.
(2) *Gaz. méd. de Paris* (d'après * X., 1847, p. 35).

suivants : Kündig (1), médecin suricois, a vu chez un fœtus de 7 à 8 mois, qui n'avait pas de cerveau, le manque des orbites, tandis que les yeux étaient représentés par de petits points noirs. Chez un veau monstrueux (*diprosopus distans*), observé par Barkow (2), et dont les deux têtes avaient quatre yeux, il y avait trois orbites peu développés, et le quatrième, celui de droite de la tête à droite, manquait complétement. Dans un cas d'aprosopie observée par Walther (3), il y avait absence complète des os de la face, les orbites manquaient, et les arcades orbitaires se réunissaient en formant seulement une portion de cercle. — Chez Marianne, jeune Indienne de 17 à 18 ans, qui se faisait passer pour le génie de la déesse de la petite vérole, le docteur Souty (4) trouva l'arcade orbitaire d'un côté un peu aplatie et fuyant en arrière, tandis que l'autre orbite formait une saillie considérable; l'écartement de 2 pouces que présentaient les yeux était rempli par des inégalités ou proéminences osseuses. — Le crâne d'un jeune Bohémien de 14 ans, conservé au Musée d'anatomie pathologique de Munster, présente des orbites très-larges, très-évasées en dehors et offrant des fissures très-volumineuses (5). Frédéric Meckel (6) a observé deux enfants des mêmes parents, qui avaient chacun un encéphalocèle, une fissure palatine, et six à sept doigts à chaque main et à chaque pied : l'un des deux, du sexe féminin, présentait des orbites trop aplatis, dont le bord inférieur était proéminent, l'os frontal n'étant développé qu'imparfaitement; chez l'autre de ces enfants, qui n'était plus jeune que d'un an, on trouvait les mêmes vices de conformation, mais moins développés. — M. Notta (7) a décrit un fœtus rachitique, chez lequel presque tous les os du crâne étaient remplacés par de nombreuses plaques osseuses de diverses grandeurs : toutefois, la partie orbitaire du frontal était presque complétement ossifiée; d'un autre côté, tandis que les os de la face présentaient généralement une ossification régulière, celle de la voûte orbitaire était incomplète dans quelques points.

(1) Pommer's *Schweizer. Zeitschr.*, nouv. suite, t. I, cah. 2, 1839 (d'après *R., 1840, I, p. 127).

(2) D'après * Gurlt, t. II, pp. 212 et 458.

(3) *Descriptio Musœi anatom.*, part. 2, p. 234, n° 1873 (d'après * L., p. 34).

(4) *Archives gén. de Méd.*, t. XXIX (1832), p. 267; Académie de médecine.

(5) * Tourtual, dans *Med. Zeitung Preuss.*, 1836, n° 58.

(6) * J.-F. Meckel's *Deutsch. Archiv f. die Physiologie*, t. VII, Halle, 1822, cah. 1, pp. 107 et 119.

(7) * B., t. XXIV (1849), 8°, n° 3, p. 83 et pp. 393-394.

OS CORONAL OU FRONTAL (1).

Le trou sus-orbitaire est rarement divisé en deux par une lame, ou complétement double ou triple; il est moins fréquent encore qu'il ressemble à un canal : on sait qu'ordinairement il forme plutôt une échancrure qu'un foramen. La fosse lacrymale est, dans quelques cas, percée d'un trou assez volumineux, par lequel pénètre une artère lacrymale anomale, née de la méningée antérieure (2), fait qui peut ne se présenter que d'un côté.

OS SPHÉNOÏDE (3).

Dans quelques cas rares, l'artère ophthalmique ne passe pas par le trou optique, mais par un foramen spécial de cet os. Il n'est pas fréquent non plus que la paroi orbitaire de cet os donne passage à une branche de l'artère méningée moyenne et à une veine, lesquelles pénètrent presque toujours dans l'orbite à travers la fente sphénoïdale.

Il n'est pas rare de voir la lame papyracée de l'*os ethmoïde* divisée en plusieurs petites lamelles (4).

OS PALATIN.

M. Bonnet (5) a observé l'absence totale de cet os chez un enfant âgé de quelques jours, qui présentait une division complète de la voûte et du voile du palais, sans bec-de-lièvre et sans division des os maxillaires supérieurs. Quelquefois son apophyse orbitaire manque complétement, ou elle est remplacée, soit par une apophyse du maxillaire supérieur, soit par une pièce de l'ethmoïde (6). Nous avons déjà dit que Tourtual (7) a observé sa partie orbitaire très-développée chez un enfant bohémien.

OS UNGUIS OU LACRYMAL (8).

L'absence complète de ces deux os (*unguis* ou *lacrymal*), malgré l'existence du canal nasal, a été observée par Bertin, par

(1) * S., pp. 26 et 27.
(2) HALLER, *Icones anatom.*, fasc. 7, tab. 2.
(3) * S., pp. 39 et 40.
(4) * S., p. 50.
(5) * B., t. XXII (1847), Bulletin, nos 3-5, p. 95, no 20.
(6) * S., p. 59.
(7) * *Med. Zeit. Preuss.*, p. c.
(8) * B., t. IX (1834), p. 150 (les deux faits) et p. 202 (le premier seulement).

Portal et par M. Laurent : dans de tels cas, ce canal est formé en totalité par l'apophyse montante du maxillaire supérieur, ou plus rarement par la lame criblée de l'ethmoïde, ou par ces deux os. Il paraît que dans certains cas, à un arrêt de développement du système cutané (peau, poils et dents), correspond le manque ou le développement incomplet des os unguis, fait observé dernièrement encore deux fois par F. Thurnam (1), et qui tendrait à confirmer l'idée de plusieurs physiologistes modernes, qui pensent que l'appareil lacrymal appartient au même système physiologique que la peau et ses annexes. Verheyen a vu l'os unguis former seul les parois du canal lacrymal qu'il constituait jusqu'à son ouverture inférieure, disposition normale chez les quadrumanes.

OS PROPRES DU NEZ.

Les os propres du nez sont parfois articulés entre eux de manière à former une voûte moins saillante qu'à l'ordinaire, ce qui élargit la racine du nez. Cette disposition habituelle chez les scrofuleux doit être fréquente chez les individus atteints de fistule lacrymale, sans que toutefois leur canal nasal manque d'ampleur (2). Le docteur Duboys, de Rennes, voit justement dans ce fait un obstacle mécanique propre à produire des fistules (3).

OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Quelquefois la partie de l'os maxillaire supérieur qui sert à former le canal lacrymal forme un os lacrymal externe particulier, réuni au maxillaire par une suture, état qui est normal pendant les premières périodes de la gestation (4). Il est rare que l'apophyse nasale constitue à elle seule l'excavation osseuse destinée au sac lacrymal (5), ou qu'à travers cette apophyse s'étende la prolongation d'une fente anormale, qui rappelle la formation

(1) *Medico-chirurg. Transactions*. London, 1848 (d'après * OPPENHEIM's *Zeitschrift*, t. XLII, 4e cah., déc. 1849, p. 495).

(2) * J.-B. VÉSIGNIÉ, *Essai et recherches sur la fistule lacrymale*. Thèse de Paris, 1824, n° 202; 4°, pp. 15-16.

(3) AUG.-GUY DUBOYS, *De la tumeur et de la fistule lacrymales*. Thèse de Paris, 1827, n° 252; 4°, p. 10.

(4) J.-C. ROSENMUELLER, *Organorum lacrymalium descriptio anatomica*. Lips., 1797.

(5) * S., p. 52.

d'un os intermaxillaire spécial chez les animaux (1). Klein a observé une fente de la joue et des os subjacents (maxillaire supérieur et malaire), qui s'étendait de l'œil aux lèvres (2).

OS MALAIRE.

Son absence est une anomalie rare (3). Il est plus fréquent de voir cet os divisé par une suture (4), ou en deux (5) ou trois pièces (6) distinctes.

L'observation d'*anévrisme par anastomose de l'orbite,* guéri par Abernethy (7), au moyen de compresses saturées d'eau de rose et d'alun, se trouve reproduite dans Mackenzie et dans Chelius ; mais on ne peut voir, d'après ces deux auteurs, si cet état pathologique datait réellement de la naissance.

Voici quel est le cas de *tumeur enkystée de l'orbite,* de nature congéniale, décrit par Barnes (8) : Un jeune garçon avait, dès sa plus tendre enfance, une tumeur de la taille d'un petit pois, placée sous la paupière inférieure : elle crût à partir de la douzième à la treizième année, et lorsque le jeune homme eut atteint l'âge de 17 ans, elle remplissait la majeure partie de l'orbite. L'extraction en ayant été faite à cette époque, on la trouva composée de deux sacs, dont l'un contenait des masses calcaires et du tissu lardacé jaunâtre, et l'autre, plus gros, une dent, unie au plancher de l'orbite par un canal qui renfermait des vaisseaux sanguins distincts, et entourée d'un liquide laiteux et d'un coagulum jaune.

VAISSEAUX ET NERFS DE L'OEIL.

La principale source pour étudier les anomalies des vaisseaux

(1) ROSENMUELLER, *Diss. de varietatibus ossium*, Lips., 1804, qui renferme une excellente figure de ce cas.

(2) D'après * P.-F. DIDAY, *Des maladies des os de la face et des opérations qu'elles peuvent nécessiter*. Thèse de concours. Paris, 1839, p. 22.

(3) MECKEL, *Beiträge zur vergleichenden Anatomie*, t. I, cah. 2, p. 54.

(4) * LAURENT, dans B., t. IX (1834), p. 140.

(5) SANDIFORT, *Obs. anat. path.*, t, III, pl. 9, f. 7, p. 113, et t. IV, p. 134 ; SOEMMERING, chez un nègre.

(6) SPIZE, *Cephalœgenesis*, p. 9.

(7) *Chirurgical Observations on Injuries of the head*, etc. London, 1810, p. 228. — * MACKENZIE, trad. française de son *Traité d'Ophthalmologie*, p. 126; et p. 432, § 536, de celle de l'ouvrage de même nature de * CHELIUS.

(8) B. TRAVERS, dans *Med.-chir. Transactions*. London, t. IV, n° 18, p. 316-321.

sanguins de l'œil et de ses annexes, est Theile (* T., pp. 412 à 440 *passim*, pour les artères, et pp. 590 à 600 *passim*, pour les veines) : toutefois, comme on le verra par ces quelques lignes, les documents sur ce sujet ne sont pas nombreux.

L'*artère ophthalmique* se trouve parfois, dès son origine, au côté interne du nerf optique, dans lequel cas il ne croise pas (1); d'autres fois elle passe non au-dessus, mais au-dessous de ce nerf, comme paraît le montrer la figure de Sömmering (2). On voit à Paris, dans le Musée anatomique de la Faculté de médecine, un exemple d'un fait très-rare : cette artère naît de la méningée moyenne, et est ainsi dans le domaine de la carotide externe (3). Nous avons déjà dit que, dans quelques cas, l'artère ophthalmique traverse, non le trou optique, mais un foramen spécial de l'os sphénoïde (4). Dans quelques cas la branche terminale (artère nasale externe ou latérale) de l'artère maxillaire externe, remplace en partie l'artère ophthalmique, tant au nez, qu'au grand angle de l'œil; alors la maxillaire externe est un peu augmentée de volume (5).

L'*artère lacrymale* est fournie, chez quelques sujets, par la méningée antérieure (6); cas dans lequel elle traverse la fosse lacrymale par la méningée moyenne (7), et plus spécialement de sa branche antérieure, qu'elle quitte pour entrer dans l'orbite au travers de la fissure sphénoïdale, ou enfin par l'artère temporale profonde antérieure (8) : on trouve parfois, quand l'origine de l'artère lacrymale est normale, des anastomoses récurrentes, qui forment le passage entre l'état habituel et celui de la seconde de ces variétés (9).

Quand l'*artère sus-orbitaire* vient à manquer, elle est remplacée par la frontale (10).

(1) * T., p. 435.

(2) Hyrtl, dans les *OEsterr. med. Jahrb.* (d'après * A., t. III, p. 34); * T., p. c.

(3) * Charles Denonvilliers (de Paris), *Propos. et obs. d'anat , de physiol. et de pathol.* Thèse de Paris, 1837, n° 285, 4°. Art. II : « Artères de l'œil et de l'orbite », p. 41.

(4) * S., p. 39.

(5) * T., p. 412.

(6) Haller, *Icones anat.*, fasc. VII, tab. 2.

(7) * Jourdan, dans le *Dict. des Sc. méd.*, en 60 vol., t. XXVII (Paris 1818), p. 112; — * Denonvilliers, *loc. cit.*; — * T., pp. 430 et 440 : Haller a aussi observé cette forme.

(8) (9) et (10) * T., p. 440.

L'*artère zygomatico-orbitaire* (1) peut provenir de la temporale superficielle antérieure; au reste, son volume est très-variable, et quelquefois une partie des artérioles qu'elle devrait fournir, provient directement du tronc de la temporale.

La plus grosse des *artères ciliaires* perce souvent le ganglion ciliaire, surtout quand celui-ci est très-développé (2).

Disons enfin que parfois l'*artère cérébrale profonde* traverse le tronc du nerf oculo-moteur commun (3).

D'après Haller, la *veine ophthalmique* s'ouvre parfois dans le sinus coronaire. Santorini (4) a vu manquer plusieurs fois le sinus caverneux (5). — Les *veines tourbillonnantes (venae vorticosae)* sont quelquefois au nombre de cinq, tandis qu'ordinairement il n'y en a que quatre (6). — Quand la veine diploïque frontale n'existe pas, les veines de l'os du front, au lieu de gagner la *veine sus-orbitaire*, se rendent à la temporale antérieure et, en partie aussi, à l'ophthalmique (7).

Quant aux anomalies des *nerfs de l'œil*, nous avions pensé qu'il pourrait être utile de rapprocher les unes des autres toutes les données fournies par les auteurs à leur sujet, d'autant plus que jusqu'ici nous n'avions publié que bien peu de faits de ce genre; toutefois, il nous aurait fallu pour cela donner à cette partie de nos recherches une étendue tout à fait hors de proportion avec le reste de ce mémoire, et cela justement pour une des parties qui aurait le moins d'à-propos dans les *Annales d'Oculistique*. Aussi nous bornerons-nous à indiquer ici quelques sources à consulter, y renvoyant pour le moment ceux de nos lecteurs qui désireraient étudier ces anomalies qui peuvent expliquer quelques singularités physiologiques, observées quelquefois, par exemple, l'influence de la volonté sur la mobilité de la pupille.

* F. Arnold, *D. inaug. med. sistens observ. nonnullas neurologicas de parte cephalica nervi sympathici in homine*. Heidelbergae, 1826; 4° (passim). — G. Barbarisi, dans *il Filiatre Sebezio* (*A., t. XXII,

(1) * T., p. 421.
(2) Hyrtl, *loc. cit.* (d'après * A., t. III, pp. 33-34).
(3) * V., p. 279, note 2.
(4) *Observat. anat.*, cap. 3, § 25.
(5) * T., pp. 599-600.
(6) * T., p. 599.
(7) * T., p. 590.

pp. 234-235.) — AUG.-KARL BOCK, *Beschreib. des fünften Paares mit seinen Verbindungen.* Meissen, 1817, p. 12. — * B. t. I (1826), 2e éd., n° 2, pp. 18-19; t. VIII (1833), n° 5, pp. 5-6; n° 7, p. 2; et n° 11, p. 8; t. XXII (1847), nos 3, 4 et 5, pp. 5-8; et n° 11, p. 8. — G.-F. FAESEBECK, *die Nerven des menschl. Kopfes.* Braunschweig, 1840, p. 3. — GENERALI, dans *Annali universali*, octobre 1842. (* MUELLER's, *Archiv*, 1844, p. 126; SCHMIDT's *Jahrb.*, t. XLI; VI; et * SCHMIDT's *Encykl.* Suppl. 3, p. 413.) — * L. HIRZEL, *D. in. med. sist. nexus nervi sympathetici cum nervis cerebralibus.* Heidelb., 1824; 4°. — HYRTL, dans *Oesterr. med. Iahrb.* (* A. t. XIV, pp. 140-143; * HYRTL, *Lehrb. der Anatomie des Menschen.* Prag., 1846, pp. 596-597; * CORNAZ, *Des Abn. cong.*, pp. 18-19). — * X.-G. MALINVERNI, Thesis, Taurin., 1829, *De iride oculi membrana*, p. 14, notes 1, 2, et p. 15, note 2. — PATRUBAN, dans l'*Oesterr. med. Jahrb.*, jul. 1844. (* SCHMIDT's *Encyklop.* Suppl. 3, p. 122. — FRED. SCHLEMM, *Observationes neurologicae.* Berol., 1834, 4°, avec 3 pl. (* AMMON's *Zeitschrift*, t. V, pp. 89-90.) — * E. SCHWITZER, *Bericht von einigen.... Variationen der verzweigungen der Augennerven*, u. s. w. Kopenhagen, 1845, 4° (* A. t. XIV, pp. 140-143). — VALENTIN, dans MUELLER's *Archiv*, 1840. — * V., passim (ouvrage très-riche en faits de cette nature). — WHARTON JONES, dans *The Lancet* (* A, t. XVIII, pp. 179-180).

MUSCLES DE L'OEIL.

Voici quelques anomalies de ces muscles, qu'on peut ajouter à celles que j'ai citées précédemment.

Le *muscle sourcilier* (1) présente assez souvent un faisceau séparé du reste du muscle, qui naît auprès de la poulie de l'oblique supérieur de l'œil. De son bord supérieur se détache un faisceau assez distinct dans certains cas.

Wrisberg (2) dit avoir remarqué que l'un des *muscles droits* peut manquer chez les personnes qui louchent.

Les *muscles obliques* manquaient complétement chez le cyclope humain observé par Collomb (3), en 1752. — M. Cazeaux (4) a noté l'absence du *grand oblique* aux deux yeux sur le cadavre d'un

(1) * T., p. 26.
(2) *Göttinger gelehrte Anzeigen*, 1781, p. 683.
(3) B. COLLOMB, *OEuvres médico-chirurgicales.* Lyon et Paris, 1798.
(4) * B., t. VIII (1833), n° 10, p. 5, et n° 11, p. 5.

individu au sujet duquel il n'a point pu recueillir de renseignements. Quelquefois un de ses faisceaux musculaires, très-mince, ne pénètre pas dans la poulie, mais se perd dans l'enveloppe tendineuse de la portion réfléchie antérieure de son tendon (1) : c'était là le *gracillimus* d'Albinus (2). C'est sans doute aussi ici qu'il faut rapporter le fait cité par Huschke (3) qui, dans un cas, comme Albinus, ne trouva de muscle *tensor trochleæ* qu'à droite seulement. « *Ce muscle,* » ajoute-t-il, « *naissait avec l'élévateur de la « paupière et s'attachait à la poulie, qui semblait aussi recevoir en « devant des fibres de l'orbiculaire.* »

La question du *strabisme* congénial est une de celles qui demanderait le plus de recherches nouvelles, vu la facilité avec laquelle on a donné ce nom aux cas développés pendant l'enfance. D'après Ritterich (4), le strabisme idiopathique ne se trouverait jamais avant l'âge de six mois; aussi, ce professeur ne veut l'appeler congénial que lorsqu'on n'est pas en état de découvrir une cause agissant après la naissance, qui ait pu l'occasionner dans un âge si jeune. Quant à la fréquence du strabisme congénial, voici quelques données à son sujet : Dufresse-Chassaigne (5) trouva 34 cas congéniaux sur 54 strabiques; d'après Philipps (6), 4 sur 100; sur 16 malades affectés de strabisme, dès leur naissance, le docteur Lucien Boyer (7) trouva 14 strabismes, dont 2 doubles, 10 de l'œil gauche et 2 de l'œil droit, 1 oblique en dedans et en haut, de l'œil gauche, et 1 divergent des deux yeux; de ces 16 cas, un convergent gauche et un convergent double étaient en outre héréditaires.

(1) * T., p. 31.

(2) *Histor. musc.*, libr. III, cap. 23.

(3) *Encyclopédie anatomique*, t. V, p. 741.

(4) Ritterich, *das Schielen u. seine Heilung.* Leipzig, 1843. — Schmidt's *Jahrbücher*, t. XL, p. 240; et * Schmidt's *Encyklopädie*, Suppl., t. III, p. 416.

(5) *Traité du Strabisme et du Bégayement.* Paris, 1841, 8°.

(6) *Du strabisme.* Paris, 1841, 8°. — *De la ténotomie sous-cutanée.* Paris, 1841, 8°.

(7) *Recherches sur l'opération du strabisme.* Deux mém. Paris, 1842 et 1844; 8°; 1er mémoire, pp. 70, 113, 145, 166, 194, 206, 210, 213, 214 (*bis*), 215, 219, 226 et 238; 2e mémoire, pp. 39 et 75.

VOIES LACRYMALES.

Ouvrage à consulter : * W., p. 24-26.

On a observé la présence des *voies lacrymales* dans des cas où les yeux étaient développés imparfaitement, ou même, comme l'ont vu Malacarne, Gorton, Rudolphi et Dressel, manquaient complétement.

Fournier (1) cite comme fait rare, « *le singulier pouvoir au* « *moyen duquel nous voyons quelques personnes verser des larmes* « *à volonté* », lequel pourrait bien dater de la naissance, comme cela paraît être le cas des individus dont la pupille est soumise à la volonté.

Pönitz (2) a observé le manque de la *glande lacrymale*, de l'œil et de ses muscles, accompagné de la présence des points lacrymaux; ceux-ci existaient aussi dans un cas d'absence de cette glande, signalé par Seiler; au reste, cette absence congéniale de la glande lacrymale a déjà été observée en 1721 par Botin (3), accompagnée d'anophthalmos et d'ancyloblépharon congénial. L'oblitération des conduits excréteurs de cet organe est si rare, que Chelius (4) et Tavignot (5) nient qu'on l'ait jamais observée comme vice de naissance.

Le trichiasis de la *caroncule lacrymale* a déjà été observé par Albinus (6); au reste, Wilde rappelle que la présence de petits poils sur cette partie de l'œil est normale (7); d'après le même auteur, on a observé chez de très-jeunes enfants une angiectasie ou *naevus* de cet organe, qui datait probablement de la naissance (8).

Morgagni (9) et Kortum ont observé l'occlusion des quatre *points lacrymaux;* Ballay et Blanchet (10) leur absence. Ce dernier par-

(1) * *Dict. des Sc. méd.*, en 60 vol., t. IV (1813), p. 138.
(2) D'après Schmidt's *Jahrbücher*, 1838, t. XIX. cah. 2, p. 207.
(3) *Mémoires de l'Académie des sciences.*
(4) * *Traité pratique*, t. II, § 44, p. 35.
(5) * *Traité clinique*, p. 592.
(6) *Annot. acad.*, ch. VIII.
(7) * W., p. 24.
(8) * W., p. 25.
(9) *Epistola* 13, n° 27.
(10) * G., 1er mai 1847, p. 345. — *Lancette française*, 29 avril 1847, n° 50. (Séance du 27 avril de l'Acad. de méd.)

vint à rétablir du côté droit un point en communication avec le conduit lacrymal, et présenta le sujet à l'Académie de médecine; le docteur Marks (de Dublin) a montré à son confrère Wilde (1), une jeune fille chez laquelle le point supérieur de l'œil gauche et son mamelon n'existaient pas. On sait que l'absence de la glande lacrymale n'entraîne point nécessairement celle de ces parties. Le docteur G. Behre (2), d'Altona, a observé, déjà en 1832, un double point lacrymal à la paupière inférieure gauche d'un marchand de graisse.

L'observation de fistule lacrymale congéniale du docteur Behr a été reproduite en extrait par Francke (3), sous le nom de *fistula canaliculi lacrymalis palpebrae inferioris dextrae congenita :* le texte original peut seul montrer si elle intéressait en effet le *canal lacrymal,* ou, comme l'indique Ammon (4), le *sac lacrymal.* Gurlt (5) a trouvé au-dessous de l'angle inférieur de l'œil d'un agneau cyclope un sac lacrymal cylindrique, long d'un pouce, formé par la peau, et complétement rempli par une masse épaisse, de la consistance du corps vitré.

Auguste Bérard dit avoir guéri par le procédé de Woolhouse, et cela après deux opérations, un cas de fistule lacrymale, dans lequel il soupçonnait l'absence du canal nasal (6) : il s'agissait d'une jeune fille de 21 ans, chez laquelle on avait remarqué, peu de jours après la naissance, la présence d'une tumeur molle, allongée et non douloureuse, qui grossit, prit une teinte rouge et finit par former une fistule. Le professeur J.-N. Fischer a figuré deux cas d'anomalie dans la terminaison du canal nasal : dans le premier (7), elle était située trop bas et dirigée non en arrière et en bas, mais en avant et en bas; dans le second (8), au lieu de former une simple gouttière, elle était composée d'un canal complet,

(1) * W., p. 26.

(2) * Ammon's *Zeitschrift,* t. IV, cah. 1 et 2 (1835), p. 142.

(3) Schmidt's *Jahrbücher* 1838, t. XIX. cah. 2, p. 207.

(4) * Ammon's *Klinische Darstellungen,* etc. 3e partie. Berlin. 1841, pl. VI, fig. 16.

(5) * Gurlt, *loc. cit.*, t. II, p. 168 et 487.

(6) *Gaz. des Hôpitaux.* 1841, n° 71. — *Examinateur médical,* 1842, n° 13. — Froriep's *Notizen,* 1841, n° 406, p. 160. — * Beger, dans J., fév. 1841. Erlangen, 1844, partie chirurgicale, p. 30.

(7) * J.-N. Fischer, *Klin. Unterricht in d. Augenheilk.* Prag., 1832, p. 396, et pl. V.

(8) * Idem, *ibid.*, pp. 397-398 et pl. 6.

fermé à sa partie inférieure, et à la paroi interne duquel se trouvait une petite ouverture triangulaire. Au reste, rien de variable comme l'orifice inférieur du canal nasal. Osborn (1) en a examiné plus de 150, sans pouvoir établir de règle à son égard; il a généralement une valvule, que ce savant n'a pas trouvée dans quelques cas, tandis que dans d'autres elle était en demi-lune ou plus souvent semi-circulaire. Le docteur Taillefer (2) a préparé vingt fois cette partie et y a toujours trouvé une valvule, percée d'un trou; trois fois ce diaphragme présentait sa concavité en bas et était situé au sommet de la voûte que forment le cornet et l'os maxillaire supérieur; dans les 17 autres cas, l'ouverture était presque imperceptible, et correspondait, tantôt à l'axe du canal nasal, tantôt était sur la paroi du maxillaire, presque au niveau du plancher des fosses nasales, tantôt, et plus rarement, était située un peu en arrière; Demours (3) y trouva une fois une membrane, une autre fois une bride. Morgagni (4) cite un exemple de l'absence de ce canal, qui doit aussi avoir été observée par Scarpa et Boyer. Le professeur Malgaigne (5) admet la possibilité de rétrécissements congéniaux (*sténochories*) de cette partie, dans laquelle elle n'aurait qu'une ligne de diamètre.

PAUPIÈRES ET LEURS POURTOURS.

Source : * W., p. 8-24.

Le docteur Nixon a observé un cas d'entropion congénial accompagné de *trichiasis*, lequel a été décrit par Wilde (6). C'est un fait de plus à opposer à l'assertion de Furnari (7), que cette dernière affection n'existe jamais dès la naissance.

J.-N. Arrachart (8) a vu une seule fois trois rangs de cils à la

(1) D'après * Huschke, *Encyklop. Anat.*, t. V, p. 596.

(2) * L.-Timoléon Taillefer, de Domme (Dordogne), *Diss. méd.-chir. sur les maladies de l'appareil excréteur des larmes*, etc. Thèse de Paris, 1826, nº 101; 4º, p. 7.

(3) D'après * A. Vinache, *De la fistule lacrymale.* Thèse de Paris, 1843, nº 250; 4º, p. 11.

(4) *Epist.* 13, nº 27 : « *Cui ductus uterque infra saccum, ut vocant, impervius* « *omnino fuit.* »

(5) J.-F. Malgaigne, *Quel traitement doit-on préférer pour la fistule lacrymale?* Thèse d'agrégation. Paris, 1835; 4º, p. 35.

(6) *Dublin Journal.* March 1844.

(7) * *Traité*, p. 343.

(8) * *Cours* ou *Traité.* 1786, t. I, 2e partie, p. 94. *Manuscrit* sur les mala-

paupière inférieure; mais il ne dit point s'il s'agissait là d'un vice de naissance ou d'une maladie acquise.

Le docteur Fronmüller (1) a vu une quadruple rangée de cils à la paupière droite supérieure chez un jeune homme âgé de 16 ans, tandis que l'inférieure de même côté n'en avait qu'une, et chacune de celles du côté gauche, deux; mais il ne lui a pas été possible de constater si c'était là réellement une anomalie congéniale. Bayer (2) dit avoir observé le distichiasis de naissance, ainsi que Chelius (3) : dans de tels cas, il faut admettre avec ce dernier auteur, A. Ferrein (4) et Plenck (5), qu'il y a une double rangée de follicules pileux; le docteur Tavignot (6) parle d'un individu chez lequel il devait en être ainsi.

Le docteur Souty (7) a observé le manque de cils chez un enfant monstrueux affecté aussi d'ectropion; cette absence a également été mentionnée chez un enfant aveugle-né (8), qui présentait un ancyloblépharon avec absence de la cornée, et, par Faber (9), chez un autre monstre humain, chez lequel il n'y avait pas de traces d'iris ou de cornées. Un médecin de Pesth, le docteur Joseph Rosenfeld, a vu chez un hémicéphale du sexe féminin le manque complet des sourcils (10).

F.-J. Holub, chirurgien de ville, décrit la duplicité congénitale des sourcils chez la jeune Richlik, d'Alt-Hölitz (11) : les sourcils surnuméraires étaient situés à environ un demi-pouce au-dessus des normaux, et étaient composés de poils plus longs, plus bruns et plus touffus que ceux-ci : ils étaient implantés le long d'une

dies des yeux, écrit en 1786, et faisant partie de la riche bibliothèque du docteur SICHEL.

(1) * C., t. VI (ou 36), cah. 2, p. 280.

(2) * RADIUS, dans RUST's *Handb. der Chirurgie*, t. VI, p. 47.

(3) * *Traité*, t. II, p. 120, § 158.

(4) * *Traité*, in-4°, pp. 675-676; manuscrit de 1740, appartenant aussi au docteur J. SICHEL, à Paris.

(5) * J.-J. PLENCK, *Doctrina de morbis oculorum*. Edit. 2ª. Viennae, 1783, p. 17.

(6) * F.-L. TAVIGNOT, *Traité clinique*, p. 198.

(7) * B., t. XVII (1842), p. 351.

(8) *Recueil de la Soc. roy. de Marseille;* et HECKER, mars 28, p. 325.

(9) * GUIL.-FRID.-CAROL. FABER, Magdeburg., *Duor. monstror. humanor. descript. anat.* Specimen inaug. Berolini, 1827, 4°, p. 18.

(10) *OEsterr. med. Wochenschr.* 1846, nº 2. — * R. 1846, *Anat.*, p. 5.

(11) * P., 1re année, 1844, t. IV, p. 57.

éminence osseuse, et se réunissaient au-dessus de la racine du nez. Holub rasa les sourcils supérieurs et fit employer trois fois par jour une solution d'iode : cette médication répétée fit disparaître complétement toute reproduction de ces poils, et l'éminence osseuse surnuméraire persista seule. Ce cas est d'autant plus intéressant, qu'il ne présentait aucune trace d'autre vice de naissance.

Wilde (1) a observé une Irlandaise adulte, qui avait des cheveux foncés, avec un sourcil mi-blanc, et l'autre complétement blanc, ainsi que les cils. Fournier (2) cite, comme un cas rare, des sourcils noirs chez des personnes à cheveux blonds.

Holub (3) extirpa chez la jeune Girault, de Lietitin, âgée de 12 ans, deux *naevus*, dont l'un était situé sur la narine gauche, l'autre immédiatement au-dessus du sourcil droit : c'étaient des agglomérations de vaisseaux capillaires très-déliés, qui provenaient du tissu cellulaire sous-cutané; une cautérisation au moyen de la pierre infernale et un bandage simple amenèrent la guérison de ces téléangiectasies après onze jours.

Le docteur Fronmüller (4) connaît, à Nuremberg, un homme chez lequel le pli semi-lunaire (*peau pré-caronculaire*) de l'œil gauche est noir et légèrement hypertrophié depuis la naissance : le professeur Gräfe, de Berlin, l'ayant vu accidentellement, lui proposa l'extirpation de cette membrane, ce qui fut refusé.

Dans un travail tout récent sur l'*épicanthus*, du docteur Sichel (5), nous lisons que : « *depuis vingt ans, l'épicanthus congénital n'a fait* « *le sujet d'aucun travail scientifique, ni même, à ma connaissance,* « *d'aucune observation nouvelle digne d'être citée.* » Cette assertion nous a amené à faire de notre côté des recherches sur l'histoire de ce vice de naissance. En voici les résultats : Les manuels ou traités d'ophthalmologie des docteurs STOEBER (* *Manuel*, Strasbourg, 1834, pp. 125-126), CARRON DU VILLARDS (* *Traité*, Paris, 1838, t. I, pp. 388-390), CHELIUS (* *Traité*, Stuttgart, t. II, 1839, pp. 157-158), FURNARI (* *Traité*, Paris, pp. 361-362), HIMLY (* *Die Krankheiten u. Missbild. des Auges*, Berlin, 1843, t. I, pp. 273-274); MACKENZIE (* *Traité*, Paris, 1844, p. 147); ROGNETTA (* *Traité*, Paris, 1844, p. 692), RUETE (* *Lehrb. der Ophthalmologie*, Braunschweig, 1845,

(1) * W., p. 12.
(2) * *Dict. des Sc. méd.*, en 60 vol., t. IV (1813), p. 144.
(3) * P. 1844, t. IV, p. 57.
(4) * C., t. VI (ou 36), p. 280.
(5) * A. t. XXVI (1851), p. 55. (*Mémoire sur l'épicanthus*, pp. 29-55.)

pp. 732-733); DESMARRES (1) (**Traité*, Paris, 1847, pp. 39-40), TAVIGNOT (**Traité*, Paris, 1847, pp. 177-178), DE WALTHER (**System der Chirurgie*, t. IV, Freiburg im Breisgau, 1848, p. 245), n'en contiennent pas une seule observation décrite. Carron du Villards nous apprend qu'il n'avait vu que sept fois l'épicanthus, et cela en un an; encore, sur ce nombre, une partie, deux au moins, concernait des cas acquis. Parmi les autres ouvrages, monographies ou articles de journaux, nous trouvons : *SCHÖN, *Handb. der patholog. Anatomie des Auges*, Hamburg, 1828, pp. 59-60 (premier observateur); et *D'AMMON dans sa *Zeitschrift*, t. II, 1832, pp. 120-122, et pl. 1, fig. 8; * D'AMMON, même journal, t. I, 1831, pp. 535-536, et pl. 5, fig. 1 (qui donna le nom d'*épicanthus*); * D'AMMON, art. « *Epicanthus* » dans *Berlin. Encyklop. Wörterb. der med. Wissensch.*, t. II (1832), pp. 330-332; * RADIUS, art. « *Epicanthus*, » dans *Handwörterb. der gesammt. Chirurg. u. Augenheilk.*, von W. WALTHER, M. JAEGER u. J. RADIUS, Leipzig, 1837, t. II, pp. 485-486 (qui parle le premier de l'épicanthus accidentel, mais prétend qu'à l'état congénital, il est toujours unilatéral; pas d'observations). CARRON DU VILLARDS, dans le *Bulletin de thérapeutique*, t. XV (1838), n° 43; SCHMIDT's *Jahrb. der gesammt. Medicin*, t. XXI (1839), p. 338. *AMMON *Klin. Darstellungen*, u. s. w. 3e partie, Berlin, 1841, pl. 1, fig. 1-6, et pl. 2, fig. 12 (observations); DESMARRES, dans *A., t. VI (1842), pp. 236-238 (pas d'observation congénitale); * D'AMMON, dans C., t. I (1842), pp. 408 et suiv. (*R. 1844, t. II, pp. 62-63); *A., t. suppl. III (1843), pp. 104-107 (d'après ces deux derniers articles). *W., pp. 8-9. « *Je* « *n'en ai vu*, » dit cet auteur, « *que deux cas bien marqués dans ce* « *pays* (l'Irlande); *chez l'un d'eux, une jeune fille, âgée de 7 ans, il* « *y avait un grand aplatissement des os propres du nez, qui,* « *ajouté à la forme particulière du repli, donnait à l'enfant une* « *vraie physionomie de Chinois ou de Calmouk.* » Il ajoute que tous deux lui furent conduits pour qu'il les guérît du strabisme. Il admet que l'épicanthus doit être l'état naturel de la race mongole. G. DELVIGNE, *Observations de Chirurgie pratique* (Extr. des *Annales de la soc. de méd. de Willebroeck*, 1847), in-8° de 10 pages, en contient une observation, que je n'ai pas eu l'occasion de consulter. * E. CORNAZ. *Des abnormités cong. des yeux et de leurs annexes*, Lausanne, 1848: « J'avais observé plusieurs cas plus ou moins déve-

(1) L'article de * FABRE, *Biblioth. du méd.-praticien*, t. X, pp. 281-282, est essentiellement emprunté à cet auteur.

« loppés de ce vice de naissance, aussi n'en citais-je qu'un, qu'une « complication rendait plus intéressant. — « J'ai vu aussi à l'hôpital « de l'Ile, à Berne, dans le service de chirurgie de M. le docteur « Bourgeois, un cas de cette nature chez un enfant qui avait un « pied-bot. » * E. Cornaz, dans A., t. XXIII (1850), p. 27, fait mention d'un cas unilatéral observé au dispensaire du docteur Desmarres, et d'une observation d'épicanthus compliquant l'albinisme chez une jeune fille suisse. *Sichel, dans A. t. XXVI (1851), p. c., contient quatre observations.

Cette note bibliographique montrerait, s'il en était besoin, l'utilité qu'il y avait à composer une monographie de ce vice de naissance, ainsi que l'a fait le docteur J. Sichel, d'autant plus que le nombre des observations détaillées était très-restreint.

Guillemeau (1) traite déjà du *coloboma congénital des paupières*, sous le nom assez impropre de *paupières accourcies* : « Il semble, » dit-il, « qu'on en ayt levé et emporté une pièce qui leur « mancque pour estre entières. » Ce chirurgien propose pour la guérison une opération analogue à celle du bec-de-lièvre. Maître-Jan (2) n'avait jamais vu ce vice de naissance, que Banister, chirurgien anglais, a observé il y a près d'un siècle. On lui a donné le nom français de *division des paupières* (3), et on l'a désigné sous celui, très-impropre, *d'œil-de-lièvre*.

« J'ai vu, dit le docteur F. Mayor (4), un enfant qui avait la paupière supérieure droite divisée à deux lignes de son extrémité interne, dont la plus petite portion formait un bourrelet blanchâtre, placé au-dessus de la caroncule lacrymale, et portait le point lacrymal qui était très-prononcé sur son bord inférieur et externe; l'autre partie de la paupière était adhérente avec la conjonctive dans tout le bord de sa division : il y avait à la partie intermédiaire un paquet vasculaire, placé sur le globe de l'œil; il se prolongeait jusqu'à la cornée transparente, et faisait l'office d'un tendon qui rapprochait les deux parties de la paupière, lorsque cet enfant voulait fermer l'œil. Par cette conformation, les muscles abaisseurs de l'œil, en attirant le globe à eux, tendaient le paquet vasculaire, qui rapprochait les deux portions de la paupière, et favorisait alors l'action du muscle orbiculaire pour fermer l'œil. »

(1) * *Traité*, p. 42 b-43 b.
(2) * *Traité*, 1772, p. 622.
(3) * Fabre, *Biblioth. du méd.-prat.*, t. X, p. 306-307 (surtout d'après Desmarres).
(4) * F. Mayor, thèse citée, p. 11-13.

Wilde (1) a observé ce vice conné, qu'il nomme « *cleft eyelid*, » à la paupière supérieure droite d'une jeune fille de 14 ans, qui avait les cheveux et les yeux bruns, et dont aucun des parents n'avait une semblable anomalie : le coloboma existait à la jonction des tiers inférieur et moyen du cartilage tarse : il y avait absence de ce cartilage et présence de cils un peu plus courts qu'ailleurs : cette personne ne ressentait nul inconvénient de ce vice de naissance, que le même auteur observa à la même partie de la même paupière chez un individu du sexe masculin. Magne (2) a également vu cette abnormité congéniale.

Bartisch (3) paraît avoir déjà connu le *phimosis congénial des paupières*. Chelius (4) a observé trois fois l'étroitesse de la fente palpébrale, accompagnée de microphthalme et d'un peu de faiblesse de la vue. Il paraîtrait que, dans certains cas, l'ouverture d'une des paupières est moins grande que celle du côté opposé (5). Est-ce ici ou plutôt dans l'ancyloblépharon, qu'il faut compter un monstre (6), dont nous avons déjà parlé à propos de l'absence des cils, et qui avait les paupières réunies aux angles, au point qu'on ne pouvait les ouvrir?

Guillemeau (7) dit que « quelquefois il advient que de la pre« mière conformation, les paupières sont iointes ensemble. » Les auteurs ont répété à satiété ce fait, et cependant, ce vice de naissance est rare, surtout chez des individus d'ailleurs bien conformés. Baldendijk (8) rapporte qu'il ne s'en est point présenté sur plus de 140 naissances survenues à la Maternité de Iéna, tandis que sur ce nombre on observa l'imperforation de l'urètre et celle de l'anus. L'*atrésie des paupières* ou *ancyloblépharon* est, il est vrai, normale pendant près de trois mois de la vie intra-utérine; mais cet état cesse avec le cinquième mois, et nous pouvons déjà compter ici ce fœtus de six mois disséqué par Riolan (9), qui avait

(1) * X. 1847, p. 5 et fig.
(2) *Lancette franç.*, 1849, p. 533.
(3) * Édit. de 1583, f. 23 a.
(4) * *Traité*, t. II, p. 25, § 30.
(5) * Jourdan, *Dict. des Sc. méd.*, en 60 vol., t. XXXIX, p. 539.
(6) *Recueil de la Soc. roy. de méd. de Marseille.*
(7) * O. c., p. 42.
(8) * Gottl.-Joan. Badendijk, *D. in. chir., de ancyloblepharo.* Jenae, 1785, p. 8, § 3.
(9) *Anat. topograph. et osteologia.* Francof., 1626, p. 653.

les paupières réunies, et celui de cinq mois et demi, vu par Wrisberg (1). Un chirurgien assura à Maître-Jan qu'il avait observé l'union complète des paupières chez un nouveau-né (2); mais cet auteur dit ne l'avoir jamais vue parfaite. On dut recourir à l'art chirurgical pour rétablir la vue chez un enfant, observé par Fournier (3), et dont les paupières étaient réunies par un corps membraneux. Le docteur Rehfeld (4), médecin de cercle à Prenzlau, vit un enfant mâle, né à Löcknitz, qui présentait ce vice de naissance aux deux yeux, et cela à un tel point, qu'il n'y avait de non adhérent qu'un espace d'une ligne au milieu du voile palpébral; cet individu présentait en outre une imperforation du méat auditif externe, une atrésie incomplète des narines et de la bouche, un double bec-de-lièvre avec coloboma du palais, et diverses altérations des extrémités et des organes sexuels. Banister (5), Heister, Middlemore (6) et le docteur Hocken (7), de Londres, ont également observé cette abnormité congéniale : le cas observé par ce dernier n'intéressait que l'œil gauche, et était formé par une mince bande des téguments ; il paraît que dans un des trois cas de Middlemore, le globe oculaire était atrophié, ou même n'existait pas.

Ptosis de la paupière.

W. Mackenzie (8) rapporte qu'il a observé souvent « un certain « degré d'abaissement de la paupière supérieure assez considé« rable pour empêcher notablement la vision, et qui existait « depuis la naissance ; » il pense que le muscle élévateur de la paupière manque alors ou est atrophié. Le docteur Wilde (9) fait la même supposition au sujet de deux cas analogues qu'il a vus, et qui étaient compliqués de phimosis palpébral, fait qu'il a représenté au moyen d'une xylographie. Hall (10) ayant à porter

(1) Dans les *Comment. Soc. reg. Goetting.*, 1778, obs. 4.
(2) * Maitre-Jan, o. c., p. 624.
(3) Dans * *Dict. des Sc. méd.*, en 60 vol., t. IV (1813), p. 144.
(4) * Augustin, dans *Med. Zeit. Preuss.* 1837, n° 40, p. 198.
(5) *Chirurgical Works.* London.
(6) *Treatise on diseases of the Eye,* t. II, p. 842.
(7) *Lancet,* vol. II, 1840-1841, p. 919.
(8) * *Traité,* p. 144.
(9) * X, 1847, pp. 4-5.
(10) Dans *the American Journ. of the med. Science.* 1846, d'après * G. 1847, p. 149.

remède à une « inaptitude congénitale à élever la paupière supérieure, » fit l'incision d'un lambeau cutané ovalaire de trois pouces de hauteur, puis rapprocha les bords de la plaie par la suture. Rosenfeld (1) a vu le blépharoptosis à l'œil droit d'un hémicéphale.

Nous avons déjà dit, à propos du trichiasis, que les docteurs Nixon et Wilde ont observé un cas d'*entropion congénial*. Fronmüller (2) en a vu un à la paupière inférieure droite d'un jeune garçon, âgé de 4 ans; ce vice existait dès la naissance, mais avait augmenté d'intensité, ce qui rendit nécessaire une opération. — Le docteur Gaillard (3), de Poitiers, a pratiqué l'opération d'un *ectropion congénial* par le nouveau procédé suivant :

« Une aiguille à suture, garnie d'un fil double ciré, est enfoncée de haut en bas, au-devant du bord ciliaire, dans l'épaisseur du muscle orbiculaire, à quelques millimètres de l'angle interne de la paupière, et ressortie à 2 centimètres environ au-dessus du point d'entrée; ensuite les deux bouts du fil sont noués ensemble en rapprochant les deux issues, l'une d'entrée, l'autre de sortie, de manière à tirer le bord ciliaire en dehors. Un autre fil est placé de la même manière vers l'angle externe de la paupière. Le résultat de cette opération est que les fils agissent comme ligature; ils coupent la peau et le tissu musculaire qu'ils compriment, et à mesure que la section avance vers l'extérieur, il se forme derrière un tissu inodulaire qui, après la cicatrisation complète, forme une bride capable de maintenir la paupière dans la position que les deux ligatures lui ont imprimée. »

Un malade affecté d'ectropion congénial, et opéré par ce procédé, est sorti guéri de l'hôpital au bout de vingt-cinq jours. L'auteur ne dit pas s'il a revu le malade depuis, circonstance bien importante pour faire apprécier la valeur réelle et définitive du procédé.

L'*ectropion congénial* doit avoir été observé par Bartholinus (4) et Guthrie (5). Un enfant du sexe masculin, né à l'hôpital général

(1) Jos. Rosenfeld, dans *OEsterr. med. Wochenschr.* 1846, n° 2. — * R. 1846, *Anat.*, p. 5.

(2) * C., t. VI (ou 36), 1847, cah. 2, pp. 277-278.

(3) *Bulletin de la Soc. de méd. de Poitiers*, année 1844; d'après * G. 1845, p. 331, d'où est tirée la citation.

(4) *Centur.* II, 44.

(5) D'après * Rognetta, *Traité*, pp. 663-664.

de Bourges, et qui vécut 52 heures, présentait ce vice de naissance : la conjonctive palpébrale, sous forme d'un bourrelet sanguinolent, faisait hernie entre les cartilages tarses, et les cils manquaient : tout l'épiderme de ce jeune individu était sillonné de bandes rouges de diverses nuances; le nez et le pavillon des oreilles étaient incomplétement développés (1).

En disséquant un adulte, Morgagni (2) a rencontré un *ablépharon* ou absence congénitale des paupières à l'œil droit, tandis que l'œil gauche était complétement anormal. Bartholinus, Fritzsch, Sprengel, Trew et Vicq d'Azyr doivent aussi avoir observé des cas de ce vice de naissance; il paraît que celui observé par Bartholinus n'intéressait que la paupière inférieure; Hall (3) a vu un fait analogue chez un monstre cyclope, qui n'offrait qu'une seule paupière (supérieure), et chez lequel il n'y avait pas de séparation entre la conjonctive oculaire et la peau de la face; et Gurlt (4) vit l'ablépharon complet chez un chien monstrueux (*perosomus hemicephalicus*) qui avait des globes oculaires. Si de tels cas peuvent être regardés comme des arrêts de développement, il n'en est pas ainsi de ces monstres qui n'ont pas d'yeux, et présentent pourtant des paupières (5). Il est assez douteux que l'absence de ces voiles se soit jamais présentée chez des individus dont les yeux étaient complétement normaux.

Le docteur Arnold, de Balingen, envoya à Tubingue un enfant mort à l'âge de 6 jours, lequel était recouvert d'une sorte de dégénérescence lépreuse ou d'*ichthyose congéniale,* à laquelle les paupières prenaient part, mais qui, sur ces dernières, présentait l'aspect d'une masse charnue d'un rouge assez intense : l'œil était sain, et l'on ne trouva pas d'autres anomalies lorsqu'on en pratiqua l'autopsie cadavérique (6).

On sait que Lawrence (7) a attiré l'attention des praticiens sur

(1) * Souty, dans B., t. XVII (1842), pp. 348-359.

(2) *Epist.* XIII, p. 201, éd. *Tissot.*

(3) *Operum anatomici argumenti minorum,* t. III, p. 38. Lausanne, 1768.

(4) * Gurlt, o. c., t. II, pp. 17 et 455.

(5) Tel était le cas d'un veau observé par Gurlt (* o. c., t. II, pp. 125 et 455) qui le classe tératologiquement comme * un « *Schistocephalus hemicephalus.* »

(6) *Med. Corresp. Bl. des Würtemb. ärztl. Vereins.* 1834, n° 21.

(7) * Florent Cunier, *Fragments de médecine, de chirurgie et d'ophthalmologie,* extraits des *Annales de la Soc. de méd. de Gand.* Gand, 1839, 8°, § 13 (reproduit dans * A., t. II, p. 163).

les *kystes pileux des paupières*, affection congéniale, dont la place de prédilection serait, d'après Mackenzie (1), le voisinage de l'angle externe de ce voile et la région au-dessus du sourcil. Le docteur Cramer (2), d'Ascherleben, a extirpé chez un paysan un kyste de cette nature à la paupière supérieure droite, lequel pénétrait jusque dans l'orbite et atteignait la taille d'un œuf d'étourneau, la tumeur, ayant été ouverte, présenta au moins quarante petits poils, les uns libres, les autres attenant à sa surface intérieure, un liquide séreux et un précipité graisseux : lors de la naissance de cet individu, cette tumeur était beaucoup moins développée. Le docteur Heusinger (3) a enlevé un *kyste graisseux*, situé à la paupière supérieure d'un enfant nouveau-né. Quant aux *verrues congéniales des paupières*, Bartisch (4) en parle comme d'un fait assez fréquent.

La synonymie des *téléangiectasies*, que j'ai indiquée précédemment (5), doit être augmentée des noms de « *nota congenita,* » « *tumor fungosus sanguineus,* » « tumeurs sanguines, » et « *morum congenitum* (*palpebrarum*). » Les Anglais et les Américains se sont occupés spécialement de cette affection chirurgicale, et parmi eux des praticiens du plus grand mérite, tels que Abernethy, J. Bell, Brodie, Allan-Burns, Dalrymple, Hodgson, Young, Lawrence, Lloyd, Macilwain, Mackenzie, Marshall Hall, Mussey, Towdington, Travers, Tyrrell, Wardrop, Warren, White et Wilde.

Si nous passons aux téléangiectasies de la peau des paupières et de leurs pourtours, nous pourrons citer les faits suivants. Wardrop (6) a pratiqué avec succès la ligature de l'artère carotide commune chez une petite fille de 5 mois, qui avait sur le côté gauche de la face un large *naevus* sous-cutané bleuâtre, occupant la moitié de la racine du nez, le soureil et la paupière supérieure, et empêchant celle-ci de se relever suffisamment pour découvrir le globe oculaire. Klein (7) a vu un enfant qui, à la suite d'une frayeur éprouvée par la mère à la vue de son mari meurtri, eut la plus grande partie

(1) * *Traité*, p. 122.
(2) Casper's *Wochenschrift*. 1845, n° 5. — * R. 1845, *Augenheilk.*, p. 23.
(3) Schmidt's *Jahrb.* 37, n° 12, t. XVI, 3e cah.
(4) * Édit. de 1583, p. 152 a.
(5) * E. Cornaz, *Des Abnorm. cong.*, p. 47.
(6) D'après * Mackenzie, *Traité*, p. 133.
(9) * J.-Fr. Meckel's *Deutsch. Archiv f. die Physiologie*, t. II, cah. 2, n° 9 t pl. 3.

du côté gauche de la tête couverte d'excroissances fongueuses d'un violet bleuâtre, qui défiguraient les paupières et cachaient complétement l'œil. Le docteur Jagielski (1), à Posen, a observé une angiectasie de la racine du nez chez une jeune fille, âgée de 19 ans : cette affection qui, lors de la naissance, était de la taille d'un petit pois, avait atteint celle d'une prune, qu'elle rappelait par sa couleur violacée : l'opération eut lieu au moyen de ligatures, qui décidèrent la chute d'escarres et une guérison complète. Holub (2) a pratiqué l'extirpation d'une téléangiectasie qui occupait le milieu de la surface antérieure et du bord de la paupière supérieure droite chez le maître-maréchal Vawra, de Alt-Hölitz, opération qui fut couronnée de succès. Le docteur A. Loreau (3), de Poitiers, a extirpé une tumeur de même nature, qui, à la suite d'une égratignure, avait pris une taille inquiétante et la forme d'un rognon de mouton : la malade, originaire de Valenciennes, et âgée de 18 mois, mourut six mois plus tard d'une péripneumonie, sans qu'il se fût rencontré la moindre trace de tumeur sanguine érectile; celle-ci, qui datait probablement de la naissance, n'avait d'abord eu que la taille d'une piqûre de puce, et siégeait entre le bord libre de la paupière supérieure et le sourcil de l'œil droit. Un médecin de Sarreguemines, M. Guillaume (4), a pratiqué des ligatures à travers la base d'une tumeur érectile de la dimension d'une pièce d'un franc, qu'un enfant de 6 mois portait à la paupière inférieure gauche, près de l'angle externe : la tumeur tomba au bout de cinq jours, et la guérison fut radicale; il s'agissait très-probablement d'un *naevus* de naissance.

Sous le nom de *blepharodyschroea*, Wilde (5) désigne non-seulement les taches congéniales de diverses couleurs (jaunes, bleues, etc.), qu'on a observées sur les paupières, mais encore le *naevus maternus*, qu'il forme ou non saillie au-dessus de la surface de la peau. Citons ici, d'après Carron du Villards (6), qu'on ob-

(1) * Kolle, dans *Med. Zeit. Preuss.*, t. VI (1837), p. 198, nº 40.

(2) * P., t. I. 1844, 4e cah., p. 57. L'article étant intitulé : « *Ueber Monstruositäten* », on doit admettre que ce cas était congénital.

(3) * *Extirpation et guérison d'une tumeur sanguine, dite érectile, chez un enfant de* 18 *mois ;* avec planches. Paris, 1846, 8º de 11 pages ; extrait de * B., t. XX (1845), pp. 243-252.

(4) D'après * Henri de Ceuleneer, *Études sur le naevus maternus*, mémoire couronné. Termonde, 1849, 8º, p. 28.

(5) * W., pp. 21 et 23 ; on y lit *Blepharobyschroea*, par erreur d'impression.

(6) * A., t. XII, p. 23.

serve chez les chevaux de la vénerie royale, en Piémont, la mélanose des paupières accompagnant celle des yeux et des organes génitaux.

Fronmüller (1) a observé chez une bonne d'enfants du Langenzenn, âgée de 17 ans, et nommée Düringer, un *renversement de la conjonctive palpébrale,* situé entre la cornée et l'angle temporal gauche, et formant une tumeur aplatie, plissée, d'un rouge pâle, avec un bord légèrement concave, tourné contre la cornée : il y a retrouvé la structure de la conjonctive : quand le globe oculaire était roulé du côté du nez, la tumeur sortait davantage; dans le cas contraire, la cornée se glissait sous la tumeur; quand les paupières étaient fermées, on apercevait une élévation qui correspondait à ce renversement. Cette personne était peu gênée par cette anomalie, que personne de sa famille ne présentait; elle assurait la porter depuis sa naissance.

MÉMOIRE SUR L'OPHTHALMIE MOYENNE (*OPHTHALMIA MEDIA*);

Par le docteur MAX LANGENBECK,

Professeur à la Faculté de médecine de Göttingue.

Je donne le nom d'*ophthalmia media* à une ophthalmie que les auteurs appellent tantôt *uvéite, staphylitis, iritis posterior,* tantôt *choroïdite,* selon que les signes d'inflammation sont plus ou moins apparents dans l'une ou l'autre des membranes, l'uvée ou la choroïde.

Cette affection est le point de départ d'une amblyopie qui persiste sans passer à l'état d'amaurose complète. Elle est ordinairement négligée à son début, alors qu'une thérapeutique énergique peut aisément et promptement en triompher. Il faut dire aussi que la plupart des médecins qui voient la maladie dans le premier stade ne la combattent malheureusement point par des moyens assez efficaces, ou ignorent complétement sa gravité. J'ai rencontré un grand nombre de fois des personnes atteintes de ce mal, que l'on traitait à l'aide de collyres irritants, de teintures ophthalmiques et de divers moyens semblables, plutôt propres à amener une aggravation que l'amendement. Il faut en effet re-

(1) * C., t. VI (ou 36), 1847, cah. 2, p. 278; il nomme cette affection « *Umstielpung* », mot que j'ai traduit par renversement.

courir ici à une médication antiphlogistique fort énergique.

L'*ophthalmia media* a son siége dans les parties moyennes de l'œil qui limitent les deux chambres, c'est-à-dire dans le corps ciliaire, l'iris, et dans ce point que l'on désigne sous le nom de canal de Fontana. Elle correspond par conséquent aux formes d'inflammation connues sous les désignations de *choroïdite ciliaire* ou *antérieure*, d'*uvéite* ou *iritis postérieure*, etc. Et cependant la nature du mal est méconnue dans un grand nombre de cas, ce qu'il faut attribuer à ce qu'il n'*affecte jamais* une marche aiguë. S'il en était autrement, il revêtirait tantôt la forme d'une iritis parenchymateuse, tantôt celle d'une choroïdite ou d'une ophthalmite. Sa marche est plutôt chronique, lente; le malade n'éprouve le plus souvent qu'une légère compression, de la gêne dans l'œil. Aussi l'altération de la vue qui existe dès le principe passe-t-elle d'autant plus généralement inaperçue, qu'elle n'affecte d'abord qu'un seul œil; ce n'est qu'après des semaines, des mois même, que la nécessité de recourir à un médecin est ressentie. L'examen de l'œil fournit alors les résultats suivants :

Extérieurement on découvre à la périphérie de l'iris et de la choroïde l'engorgement du canal de Fontana, ce qui est un signe infaillible de congestion de la choroïde; toutefois, dans beaucoup d'yeux et surtout dans ceux dont l'iris est d'une couleur foncée, ou dans les obstructions légères de l'abdomen, on rencontre aussi cet engorgement, sans qu'il existe aucune trace de maladie. Néanmoins la présence de cette stase sanguine constitue toujours pour le moins une prédisposition à l'affection dont il est ici question. La surface externe de l'iris n'est le siége d'aucune altération de tissu, elle ne prend aucune part au processus inflammatoire chronique; les symptômes appréciables sont principalement bornés au bord pupillaire de l'iris. On peut signaler trois différents caractères principaux, qui indiquent les divers degrés de développement et d'extension de la maladie :

1° L'iris a subi une certaine modification dans sa motilité; la pupille, qui est un peu rétrécie, ne se contracte que lentement, et ce n'est que sous l'influence d'une vive lumière que sa contraction devient un peu plus forte. Les mouvements les plus prononcés de l'iris de l'œil sain *n'ont pas* ou n'exercent que *très-peu d'influence* sur ceux de l'iris de l'œil malade; ce signe doit être considéré comme un point très-important pour le diagnostic de cette maladie par les médecins qui éprouvent quelque difficulté à bien reconnaître

l'état dans lequel se trouve le fond du bord pupillaire. Dans un œil tout à fait amaurotique, lorsque l'abolition de la sensibilité des nerfs optiques *ne dépend pas* d'un état inflammatoire de la chambre moyenne et que les nerfs ciliaires de l'iris ne sont pas directement paralysés, des mouvements sympathiques assez prononcés de l'iris ont lieu exclusivement par l'irritation que la lumière produit sur la rétine de l'œil sain; mais il n'en est pas ainsi dans l'affection dont nous nous occupons en ce moment.

2° Outre la lenteur des mouvements de la pupille, on voit au bord de cette ouverture des inégalités plus ou moins saillantes; on y découvre de petites parcelles d'exsudats, recouvertes de pigment, et le bord pupillaire lui-même éprouve une certaine déviation ou du tiraillement, de sorte que la pupille est altérée tout à la fois dans sa netteté et dans la régularité de sa forme.

3° Enfin à l'état anguleux et de tiraillement de la pupille viennent se joindre, parsemés dans son pourtour, de petites membranes ou des filaments, qui parfois reçoivent çà et là une certaine coloration due à des particules de pigment détachées par la déchirure du tissu qui les renferme. Quand la maladie est arrivée au point d'avoir déterminé cette modification dans la forme de la pupille, la science ne peut malheureusement alors, comme dans une foule d'autres cas, faire que bien peu de chose. Il est donc d'autant plus important de pouvoir reconnaître et traiter la maladie dans son principe, que la guérison en est encore possible alors, et qu'il faut surtout éviter de recourir à des moyens irritants, qui précipitent sa marche et la font passer à son plus haut degré de développement.

En présence de ces altérations du bord pupillaire, sans changement apparent du parenchyme de l'iris même, le médecin doit être bien persuadé que les parties situées immédiatement derrière l'iris sont affectées à un haut degré, et que ces symptômes, qui dépendent manifestement de l'altération de tissu, n'appartiennent qu'à un processus inflammatoire. Cet état pathologique correspond exactement à l'affection de la chambre moyenne, comme je m'en suis assuré plusieurs fois en disséquant des yeux dans lesquels je l'avais observé. *La paroi antérieure de cette chambre, avec une pupille rétrécie et très-peu mobile, de même que ses parois latérales recouvertes des corps ciliaires et des vaisseaux qui se rendent à l'iris, sont dans un état de turgescence et parsemées d'une foule de petites molécules d'exsudation produites par ces vaisseaux. Il*

en résulte naturellement que les cellules pigmentaires sont en partie soulevées, en partie détachées par déchirure, et que le pigment lui-même disparaît partiellement ; la majeure partie va adhérer à d'autres tissus, notamment au corps ciliaire presque vis-à-vis du bord aigu de la pupille. Et comme les vaisseaux de ces parties sont, dans l'état normal, destinés à la sécrétion du pigment, aussi longtemps que le stade inflammatoire proprement dit persiste, cette sécrétion est plus abondante, de sorte que le pigment s'y accumule en quantité extraordinaire. L'exsudat (cystoblaste) traverse les chambres de l'œil dans toutes les directions, tantôt sous forme de filaments, tantôt sous forme de membranes, mais il se fixe de préférence latéralement entre l'iris et le corps ciliaire. Par suite, l'iris, de même que la cristalloïde antérieure, paraît convexe en avant, parce que le corps ciliaire comprime latéralement cette dernière. La sécrétion de l'humeur aqueuse, au contraire, ne paraît pas ordinairement être augmentée d'une manière notable; elle semble même plutôt diminuée; on ne peut donc pas l'attribuer au déplacement de l'iris, car ce déplacement, à proprement dire, n'a lieu que dans le stade d'une exsudation récente, et disparaît souvent tout à fait et très-vite par l'effet de l'adhérence filamentaire de l'iris avec le corps ciliaire ou la capsule; tandis que sur la capsule antérieure et dans l'ouverture de la pupille elle-même l'exsudat ne devient apparent que dans les cas où la maladie a atteint son plus haut développement. La première membrane, privée de vaisseaux, ne peut lui donner naissance, mais elle le reçoit des procès ciliaires voisins.

Quand la maladie est parvenue à ce degré, le diagnostic n'en est pas difficile, même pour un médecin peu exercé. Mais aussi longtemps qu'elle est peu considérable et non complétement développée, les prodromes indiqués plus haut ne peuvent pas être bien observés, surtout à cause du rétrécissement de la pupille, qui met obstacle à un examen approfondi. Toutefois, il n'en est pas moins de la plus haute importance de chercher à reconnaître la maladie dès le principe, car lorsqu'elle est arrivée à un haut degré de développement, quand la pupille devient le siége d'une forte altération de transparence, il n'est plus permis d'espérer une guérison complète, et à peine peut-on compter sur une certaine amélioration.

Si la science était assez avancée pour procurer la guérison de ce mal, on pourrait dire avec raison : *Major est laus medici qui sanat, quam qui praecavet morbos.* L'ophthalmologie, dont les ressources

sont moins efficaces contre un léger leucoma de la cornée que contre d'autres altérations plus graves de l'œil, réussit à peine à procurer une amélioration essentielle une fois sur vingt dans l'amaurose. Combien n'importe-t-il donc pas de procéder avec soin à l'examen de l'œil malade et de considérer une bonne exploration de cet organe comme un des points les plus importantes de l'ophthalmologie !

Les écrits anciens et modernes, concernant cette partie de la science, ne la traitent que d'une manière superficielle, et cependant l'anatomie pathologique, l'optique et la physiologie du système nerveux ont fourni, dans ces derniers temps, assez de moyens pour mettre celui qui veut s'instruire en état d'y puiser une appréciation systématique et complète à cet égard : c'est là, sans contredit, une chose bien plus profitable pour la pratique que toutes ces tentatives nouvelles de classifications et de systèmes.

Dans l'ophthalmologie, il faut soumettre le malade à un examen dirigé d'après un plan bien coordonné, avoir soin de bien examiner chaque chose point par point pour arriver ainsi, avec sûreté, à un bon diagnostic. Dans les livraisons qui suivront, je ferai connaître la méthode que j'emploie pour explorer les yeux malades; elle comprend : l'*ophthalmoscopia* ou *exploration oculaire*, l'*exploration manuelle* ou *exploratio per tactum*, l'*ophthalmométrique* et la manière d'interroger les patients. En suivant avec exactitude les règles que j'indique dans ce mode d'exploration, il est presque impossible de méconnaître l'ophthalmie moyenne dans un œil où elle n'existe même qu'à un faible degré. Veut-on, dans l'examen d'un œil, juger de l'état de l'iris et de la pupille, il faut fixer son attention sur les moindres altérations de mouvement, de forme et de vivacité de ces parties, ainsi que sur les plus petits changements de coloration. Le médecin qui sait apprécier exactement les signes suivants pourra découvrir les premiers signes de ces changements dans l'iris, et reconnaître les moindres traces d'augmentation du pigment ou la formation d'exsudats dans les chambres moyennes.

1.) *Le fond de la pupille paraît beaucoup plus sombre, surtout si on regarde l'œil obliquement; parfois cette coloration est d'un brun noirâtre très-foncé; il est sans aucun éclat, sans poli, comme si une couleur noire ou de l'encre y avait été appliquée, phénomène qui est plus évident dans les yeux bleus et surtout dans les yeux faiblement colorés.*

2.) *A une lumière très-vive ou au moyen de la loupe, on distingue derrière la pupille qui, malgré l'intensité de la lumière, est à peine contractée, et en avant de son fond noirâtre, une opacité des plus légères étendue tantôt sous forme de cachet particulier, tantôt sous forme de filaments ou de petits faisceaux. Le changement de forme de la pupille, le cystoblaste qui se fixe à son pourtour, paraissent alors plus considérables; le cystoblaste est plus clair, et offre la forme d'un anneau jaunâtre faisant saillie.*

3.) *Après l'emploi d'un très-fort mydriatique, qui, dans le principe de l'ophthalmie moyenne, exerce encore, la plupart du temps, une certaine action, ces phénomènes deviennent plus apparents, et au moyen d'une lumière qui porte obliquement sur l'œil, il est parfois encore possible de reconnaître les changements indiqués plus haut dans le corps ciliaire choroïdien, changements qui consistent principalement dans l'épaississement et la saillie de ce corps.*

4.) *L'épreuve des images, à laquelle il faut surtout avoir recours lorsque la pupille peut être assez notablement dilatée, fait découvrir les altérations que j'ai déjà indiquées antérieurement* (1). *Les modifications des images produites par la lumière présentée devant l'œil malade se rapportent à l'éloignement de ces images l'une de l'autre, principalement en ce qui concerne leur grandeur et leur coloration. Sous le premier rapport, on observe que les images appartenant à la capsule cristalline sont également portées un peu en avant, sans que leur position latérale soit changée. La dernière image, qui est droite, et qui appartient à la paroi antérieure de la capsule, bien qu'elle soit faible et obscure, est partout apparente à cause de l'abondante sécrétion du pigment, qui paraît s'étendre sur la choroïde, au milieu des rapports existants, avec une pupille rétrécie et peu nette; c'est là une chose qu'il était à peine permis d'espérer. Les remarques suivantes sont applicables à la grandeur et à la coloration des deux images de la capsule : de même que dans l'opacité du corps vitré, l'œil de l'observateur aperçoit une très-grande matité de l'image de la capsule antérieure; cette image est large, sans contours tranchés, parce qu'on la reconnaît justement à la place où existe l'opacité, ce qui s'observe exactement avec les deux images de la capsule dans le cas dont il est ici question. Les deux images de la capsule s'aperçoivent derrière la*

(1) Voir mon *Mémoire sur l'épreuve des images comme moyen de diagnostic de certaines altérations des parties profondes de l'œil,* dans mes *Klinische Beiträge,* 1re partie, et dans les *Annales d'Oculistique,* t. XXII, pp. 169-180.

chambre postérieure, qui est peu claire, et surtout l'image antérieure renversée, parce qu'elle est en elle-même apparente; elles semblent plus grandes, nuageuses, flottantes; mais leur coloration, pour peu que l'accumulation du pigment donne à toute la partie éclairée une teinte jaunâtre, devient d'un jaune terne, parfois rougeâtre, et l'image paraît être entourée d'un anneau mat.

La méthode à suivre pour l'investigation des yeux malades nous fournit les moyens de reconnaître avec certitude l'*ophthalmie moyenne* au principe de son développement. L'examen méthodique exige que le médecin porte son attention sur chaque membrane de l'œil, depuis les paupières jusqu'à la rétine, et surtout examine avec le plus grand soin les chambres moyennes qui forment l'une des parties les plus importantes de l'organe de la vision. Je vais indiquer les points qui appartiennent au sujet dont il est maintenant question. Comme cela se comprend facilement, il ne doit s'agir ici que de l'examen à l'aide de la vue, car il faut mettre de côté tout autre mode d'investigation, l'interrogation même du malade ne pouvant fournir que peu de renseignements, puisque les patients n'accusent ordinairement pas de douleur ou ne se plaignent que d'une légère pression dans l'œil. Habituellement, ils ne s'adressent au médecin que lorsqu'il y a affaiblissement de la vue.

Cet examen comprend d'abord l'investigation de l'organe visuel au moyen de l'œil nu, afin d'apprécier les changements anatomo-pathologiques les plus évidents; et en second lieu, avec l'œil armé de la loupe, afin de reconnaître les modifications histologiques plus délicates.

Pour procéder convenablement à la première opération, il faut observer ce qui suit :

Bien éclairer l'organe. Ce que l'on doit parfois modifier de différentes manières, et surtout en tenant compte de l'*intensité de la lumière*, de sa *quantité*, de sa *qualité*, de sa *coloration* et de la direction suivant laquelle elle pénètre dans l'œil malade, de son *incidence*.

Quant à ce qui concerne la *quantité de lumière*, on en distingue trois degrés; la *lumière de l'ombre*, celle d'un lieu où ne pénètre pas le soleil et qu'on rencontre principalement dans les chambres situées au nord; la *lumière moyenne*, dans les parties les plus sombres d'un appartement, celle du crépuscule, etc.; la *lumière vive*, dans les lieux éclairés par le soleil, ou celle qu'on produit au

moyen d'une bougie tenue devant l'œil. Le degré le plus intense de la lumière est celle que l'on obtient au moyen d'un verre convexe, à travers lequel on fait pénétrer dans l'œil les rayons solaires ou la lumière d'une bougie. Comme dans le cas actuel, le foyer de ce verre ne doit pas porter dans la rétine, mais dans la chambre postérieure, il faut qu'il ait une certaine épaisseur, et qu'il ne soit pas présenté trop près de l'œil, afin de pouvoir en examiner l'intérieur en regardant de côté.

Quant à ce qui concerne les *tons de la lumière*, les couleurs, on choisira, pour procéder à l'examen des yeux malades, les trois couleurs principales, le *bleu*, le *rouge* ou le *jaune*, et pour atteindre convenablement le but, qui est d'examiner l'œil du patient sous un de ces tons de lumière, on se servira d'un verre coloré en *bleu*, en *rouge* ou en *jaune*, qui sera tenu à la distance d'environ deux pouces de l'œil qu'on veut examiner. Ce verre doit être assez grand pour communiquer au globe tout entier la coloration qu'il doit lui imprimer.

Enfin, quant à la *manière dont la lumière pénètre dans l'œil à examiner*, il est impossible de bien examiner l'œil malade si on ne le place pas dans une position favorable pour qu'il soit bien éclairé; sans cette condition, en effet, les membranes situées profondément ne sont pas assez éclairées, et alors l'action de la cornée comme verre convexe est exagérée, c'est-à-dire qu'elle présente à celui qui examine l'œil une altération de l'image de la pupille et des objets qui l'environnent. Il est par conséquent important de faire attention aux positions suivantes, qui conviennent aussi bien à l'action de la lumière sur l'œil qu'on veut examiner, qu'au médecin qui doit procéder à cet examen.

1. *L'exposition directe à la lumière, pour regarder directement.* — Le malade est placé tout à fait en face de la lumière qui doit éclairer l'œil (devant une fenêtre ou la lumière d'une bougie), et le médecin se place directement entre le patient et l'endroit d'où vient la lumière, en tournant le dos à cette dernière. Si l'examen se fait au moyen de la flamme d'une bougie, il faut qu'elle soit plus élevée que la tête de l'observateur, afin que cette dernière partie ne projette pas d'ombre sur l'œil du malade.

2. *Position latérale, quant à la direction de la lumière, avec regard direct.* — Le patient et le médecin sont placés tout à fait l'un vis-à-vis de l'autre, mais il faut que la lumière qui vient de la croisée ou de la bougie se présente à eux dans une direction latérale. Dans

ce cas, l'œil du malade doit donc recevoir la lumière de côté et d'un peu en avant.

3. *Position directe vers le lieu d'où vient la lumière, avec le regard de côté.* — Le patient est, comme dans le nº 1, placé tout à fait devant la fenêtre ou la lumière d'une bougie, tandis que l'observateur se tient à l'un de ses côtés afin de pouvoir regarder obliquement l'œil soumis à son examen.

4. *Position latérale au point d'où vient la lumière, avec regard de côté.* — Le malade est placé comme dans le nº 2, la fenêtre ou la lumière de la bougie étant de côté; le médecin occupe la même position que dans le nº 1, tournant le dos à la lumière.

Il y a évidemment entre ces quatre positions principales d'autres positions intermédiaires, qu'on peut obtenir en imprimant quelques mouvements de rotation aux yeux du malade et du médecin.

L'examen se fait aussi à l'aide d'un microscope simple, c'est-à-dire d'une loupe. Il permet à l'observateur de découvrir quelques points objectifs qui se trouvent dans l'œil du malade, mais qui, à cause de leur peu d'étendue, ne font pas naître sur la rétine du premier une image assez considérable pour qu'il puisse la percevoir.

S'il existe une *ophthalmie moyenne*, qui, à cause de son peu de développement, ne puisse être découverte à la lumière d'un appartement que n'éclaire pas le soleil, il faut alors avoir recours à une lumière plus vive ou employer un verre convexe, dont le foyer se trouve dans la chambre postérieure; il faut en outre placer le malade dans une position telle qu'en éclairant fortement l'œil, et au besoin par l'emploi d'un agent mydriatique, afin de dilater un peu la pupille, le regard puisse plonger de côté dans la chambre postérieure, pour donner plus de certitude au diagnostic. On voit alors sans difficulté les changements décrits plus haut au bord pupillaire de l'iris et au corps ciliaire. Au moyen de la loupe, on peut encore mieux apprécier l'état du bord pupillaire, surtout si l'on y dirige obliquement de côté la lumière qui est concentrée par un verre convexe; toutefois, cette manière de procéder est peu praticable pour les parties de la chambre moyenne situées plus profondément. En examinant l'œil au moyen d'un verre sombre, on voit que la différence est essentielle, si on compare l'état de la chambre moyenne même peu enflammée avec celui de cette même chambre à l'état normal. Si on projette de l'ombre sur l'œil

du malade avec un verre d'un gris sombre ou d'une teinte verdâtre, et que ce verre soit placé de manière que l'œil puisse être observé sans regarder par l'intermédiaire de ce verre, la sclérotique perd alors sa couleur d'un blanc éclatant, l'iris sa couleur brunâtre, bleuâtre ou grisâtre. Ces membranes sont ainsi placées dans une lumière que l'ombre rend moins claire, et le fond de la pupille ne semble plus d'un noir aussi prononcé que si les deux autres membranes, et l'albuginée principalement, étaient immédiatement vues de près dans leur coloration naturelle. La chambre moyenne paraît plus claire, et de cette manière il est possible d'y reconnaître plus facilement les altérations pathologiques peu prononcées. Au moyen de cette lumière bleuâtre ou verdâtre qui est agréable au malade, la pupille se dilate aussi à un certain degré, si l'iris jouit encore de quelque action fonctionnelle, de sorte qu'on gagne ainsi plus d'espace pour bien voir. Pour empêcher les mouvements réflexes qui viennent de l'œil sain du malade et qui peuvent apporter obstacle à l'examen de l'autre œil, il est bon de couvrir le premier.

Mais quand l'iris ne se contracte que lentement, ou bien lorsque la pupille a été dilatée par un agent mydriatique, il faut, pour bien explorer la chambre moyenne, avoir recours au moyen suivant, qui donne le résultat le plus satisfaisant, et qui repose sur le même principe que celui qui consiste à projeter sur l'œil une lumière d'une coloration foncée; c'est *une feuille de papier noir, qui recouvre toute la surface de l'œil et présente dans son centre un trou arrondi d'environ trois lignes de diamètre,* et dont la face la plus foncée fait paraître d'une manière plus évidente et par réflexion le fond de la pupille qui est placé justement derrière le trou.

Le traitement de cette affection, qui paraît si souvent, au malade lui-même, peu importante, doit être, puisqu'il s'agit ici d'une inflammation chronique des parties les plus importantes de l'œil, *énergique au plus haut degré et de longue durée.*

Le médecin ne doit pas se laisser influencer, soit pour en diminuer l'énergie, soit pour cesser trop tôt l'emploi des moyens jugés nécessaires, par la raison que le malade, qui n'éprouve presque aucune douleur dans l'œil, se plaint de ce traitement et le considère comme tout à fait inutile. Cette maladie appartient à la classe nombreuse de ces affections où les efforts du médecin sont mal appréciés du patient, qui ne comprend pas tout le danger que court l'organe malade.

Cette ophthalmie se présente surtout comme suite de dérangements abdominaux, ou constitue une manifestation d'une goutte anormale ; plus rarement, quoique toutefois encore assez fréquemment, elle survient comme conséquence des dérangements de la menstruation et à l'âge critique chez les femmes et les vieilles filles. On la rencontre, en outre, chez des sujets plus jeunes, qui offrent des congestions habituelles vers la tête et souffrent de rhumatisme chronique de l'œil. On la voit enfin chez des individus tout à fait sains, qui, après avoir essuyé des lésions mécaniques des yeux, les ont exercés trop tôt; il en est de même si les yeux, sains d'ailleurs, sont soumis à un travail trop fatigant ou trop prolongé. Les formes de l'ophthalmie moyenne sont, par conséquent, les suivantes : *abdominale, hémorrhoïdaire, arthritique, menstruelle, congestive, rhumatismale, traumatique, hypéropsique.*

Pour diminuer l'intensité des phénomènes locaux, toutes doivent *être traitées sans exception, dès le principe, par des moyens antiphlogistiques énergiques.*

a.) Une émission sanguine, plus ou moins forte selon la constitution du malade, devra être pratiquée d'après les indications fournies dans le traitement sur l'ophthalmie, dont il a été question antérieurement (1), en faisant appliquer un certain nombre de sangsues au *trigonum colli.*

Les soustractions sanguines qui, dans le cas où on ne pourrait pas se procurer de sangsues, auraient lieu par une saignée du bras du côté affecté ou par des ventouses appliquées à la nuque, doivent être aussi considérables que dans le cas d'*ophthalmite intense.*

b.) Le froid employé localement, *qui doit être continué au moins pendant quarante-huit heures,* et dont l'application, comme topique *humide* ou *sec,* se fera d'après ce qui en a été dit dans mon mémoire sur le traitement de l'ophthalmie en général (2).

Si le froid humide est indiqué, alors la douche oculaire énergique, continuée sans interruption pendant trois ou quatre heures et qu'on fait alterner avec des fomentations froides, se montre d'une grande efficacité.

c.) La révulsion puissante sur les intestins au moyen des feuilles de sené, du sulfate de magnésie et du sulfate de soude, de ma-

(1) *Annales d'Oculistique,* t. XXIV, p. 106.
(2) *Ibidem,* loc. cit., pp. 107 et suiv.

nière à produire six à dix selles pendant les deux premiers jours. En même temps on établira une révulsion à la peau, répétée plusieurs fois, au moyen de vésicatoires ou de sinapismes sur les mollets, entre les épaules et derrière les oreilles.

d.) On prescrira une diète antiphlogistique sévère et le repos complet de l'œil en plaçant le malade dans une chambre à demi éclairée.

Je fais figurer en première ligne, dans le *régime antiphlogistique rigoureux*, la privation entière de toute nourriture pendant un certain temps, environ deux à trois jours. On ne donne au malade que de l'eau avec un peu de jus de framboises ou de citron ou toute autre substance de même nature, sans même lui accorder un peu de pain, de bouillon, etc.; ce n'est en effet qu'en ordonnant l'abstinence complète de toute nourriture, comme s'il s'agissait de l'inflammation d'une partie quelconque du corps, qu'on peut avoir la certitude de se rendre maître d'une ophthalmie intense.

e.) Quand on a obtenu, dans les premiers jours, une amélioration notable par le traitement que nous indiquons ici, c'est-à-dire quand la pupille a repris en partie sa forme arrondie et sa mobilité, que l'œil redevient plus sensible à la lumière, que la coloration bleuâtre du canal de Fontana a diminué, et que la partie centrale de la chambre moyenne a repris un éclat plus vif, alors je fais encore continuer pendant quelque temps les antiphlogistiques locaux, mais en les employant avec une moindre énergie; en outre, dans les cas où il y a concomitance d'affection goutteuse ou abdominale, je joins à ces moyens la révulsion produite par les fonticules au moyen du sel marin et du borax et celle qu'on détermine sur les articulations (1); dans les dérangements opiniâtres de la menstruation, je prescris les injections avec une infusion de sabine et le borax; car j'ai pour but alors, en employant ce traitement qui s'adresse à l'affection constitutionnelle, de mettre les malades à l'abri de toute récidive.

Depuis environ quatre années que j'ai l'habitude d'apporter une attention spéciale à l'ophthalmie moyenne, j'ai eu l'occasion de vérifier par l'observation combien les opinions que je viens d'émettre sont fondées. Quand on reconnaît à temps la nature de la maladie, le médecin peut toujours s'en rendre maître au moyen

(1) Voir mon Mémoire sur le traitement de l'ophthalmie, *Annales d'Oculistique*, loc. cit., pp. 104-106.

du traitement qui vient d'être indiqué; et même lorsque le développement de l'affection est déjà considérable et quand elle offre le caractère aigu le plus prononcé (ce que j'ai observé, dans plusieurs cas, à la suite d'une *médication antérieure irrationnelle et fondée sur les excitants*), il m'est encore arrivé parfois d'obtenir une amélioration notable de la vue. Dans les cas de cette nature, je prescris un traitement antiphlogistique rigoureux pendant plusieurs semaines, et pendant les six mois ou même l'année qui suivent, je fais placer tous les quinze ou trente jours deux ou trois sangsues au *trigonum colli*, et j'ordonne tous les jours au moins pendant deux heures l'emploi du froid en applications locales.

DU TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE, NOTAMMENT PAR L'OCCLUSION DES PAUPIÈRES;

Par le docteur FORGET,

Professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Il est d'observation que les moyens thérapeutiques les plus simples, quelle que soit leur efficacité, ont généralement peu de succès auprès des praticiens. Je ne veux pas déduire ici les causes de ce phénomène; il me suffira de dire que c'est autant la faute du public que celle des médecins. Il en résulte que, chercher à simplifier les procédés de l'art, c'est, en général, accomplir une œuvre peu glorieuse, puisqu'elle doit aboutir à une espèce d'avortement. Mais dussent nos bonnes intentions n'avoir pour résultat que de nous rendre utile, par hasard, à quelques individus, ce serait encore pour nous un devoir de vulgariser le produit de notre expérience.

On sait quelles sont les difficultés, les obscurités dont les ophthalmologistes ont environné, comme à plaisir, l'histoire pathologique et thérapeutique de l'ophthalmie. Pour nous en tenir à la simple conjonctivite, combien de variétés étiologiques et symptomatiques n'a-t-on pas créées! quelle multiplicité de remèdes prétendus spéciaux n'a-t-on pas inventés! comme si la pathologie de la muqueuse oculaire ne relevait pas de la pathologie des muqueuses en général; comme si pour l'appareil oculaire, ni plus ni moins que pour tous les autres, le médecin instruit n'était pas apte à connaître et à appliquer les modifications curatives qui relèvent

des particularités de structure et de fonctions de l'organe affecté! On a beau déverser le ridicule sur les médecins encyclopédistes, ainsi qu'on les appelle; ce sont eux qui ont fait faire les progrès les plus réels aux spécialités, comme on dit encore; et, pour rester dans l'espèce, personne n'ignore que les plus grands opthalmologistes ont été en même temps de grands chirurgiens, c'est-à-dire de grands médecins, plus l'œuvre de la main. La médecine générale a, dans tous les cas, une grave mission, c'est de signaler, de réprimer les excentricités, les témérités, les erreurs où conduisent nécessairement l'ignorance ou l'oubli des grands principes de la science, et le besoin de se singulariser qui travaille naturellement les praticiens qui, volontairement, se circonscrivent dans les limites d'un organe. On voit que ceci ne s'adresse pas aux médecins qu'une aptitude exceptionnelle a rendus très-habiles sur quelques points du domaine médical dont ils cultivent l'ensemble.

L'ophthalmie externe, ou la conjonctivite, est une maladie très-fréquente, que tous les praticiens ont occasion d'observer, que tous doivent savoir traiter. Pourtant il règne encore beaucoup de vague sur la thérapeutique d'une affection si vulgaire. Il est cependant des principes généraux faciles à saisir, et dont on se laisse distraire par l'espèce de solennité, de mysticisme même, dont l'histoire de cette maladie est environnée. Aiguë, c'est-à-dire récente, et d'une certaine intensité, l'ophthalmie doit être attaquée, comme toutes les inflammations, d'abord par les évacuations sanguines, les émollients, les sédatifs, les révulsifs cutanés et intestinaux, etc. Mais il est d'observation que l'empire des antiphlogistiques directs cesse de bonne heure, et qu'il convient d'arriver promptement à d'autres méthodes, notamment à l'emploi des astringents, dans le traitement de la conjonctivite. Cela ne peut tenir qu'à cette particularité d'organisation de la muqueuse oculaire, qui fait que ses capillaires injectés perdent promptement de leur ressort, et restent engorgés comme passivement, même pendant la durée de l'inflammation encore aiguë. C'est donc particulièrement parmi les astringents que les ophthalmologistes ont choisi leurs arcanes, et les collyres et les pommades *antiophthalmiques* ne sont ni moins nombreux ni moins accrédités que les onguents pour la brûlure. Nous ne résistons pas au désir de placer sous les yeux du lecteur le relevé, fort incomplet encore, des pommades et des collyres répandus dans les livres classiques. La plupart portent le nom de leurs auteurs, d'autres celui de leur

action supposée ou réelle, d'autres enfin de leur composition : *Pommades* de Desault, de Rust, de Lyon, de Scarpa, de Guthrie, de Schmidt, de Clarus, de Ritterich, de Caron, d'Armstrong, d'Allen, de Velpeau, etc. Pommades résolutive, astringente, calmante, etc. Pommades mercurielle, saturnine, vitriolée, opiacée, belladonée, etc.

Les *collyres* sont encore plus variés : collyres de Richter, d'Ammon, de Beer, de Fischer, de Gräfe, de Rust, de Boerhaave, d'Érard, de Fricke, de Plenck, de Brun, de Benedict, d'Hufeland, de Lebenstein, de Fernandez, de Gimbernat, d'Helvetius, de Himly, de Jüngken, de Krimer, de Neumann, de Scarpa, de Vogt, de Starck, de Tenque, de Tunnermann, etc. Collyres adoucissant, émollient, anodin, narcotique, calmant, astringent, styptique, excitant, stimulant, fortifiant, tonique, résolutif, détersif, discussif, cathérétique, antiscrofuleux, antivénérien, etc. Collyres alumineux, alcoolisé, camphré, opiacé, vitriolé, boraté, ioduré, mercuriel, saturnin, safrané, ammoniacal, cuivreux, de zinc, des sels fondus, etc. Collyres bleu, rouge, etc., etc.

En dégageant la plupart de ces composés mystérieux de leur caractère occulte et trop souvent charlatanesque, on voit qu'en définitive ils ont pour base des modificateurs appartenant à la thérapeutique générale, agissant par les propriétés que ces modificateurs révèlent à l'égard des autres tissus et des autres muqueuses : ce sont principalement des sels de plomb, de zinc, d'alumine, de cuivre, de mercure, d'argent, l'opium, la belladone, le camphre, le safran, l'alcool, l'ammoniaque, l'iode. Tous ces composés sont, selon leurs ingrédients, émollients, astringents, calmants, toniques, stimulants, résolutifs, etc., tout comme les mêmes médicaments appliqués aux autres organes. Il ne faut donc pas se laisser éblouir par cette effrayante nomenclature, vu que tous ces topiques sont, pour la plupart, succédanés les uns des autres et se valent réciproquement. Il suffit d'en choisir quelques-uns à son usage, et nous conseillons de préférer les plus simples.

Parmi les topiques indiqués contre l'ophthalmie, il en est qui sont plus généralement usités les uns que les autres. Parmi ceux dont les praticiens font le plus d'usage sont : l'acétate de plomb, le sulfate de zinc, le protochlorure et le bichlorure de mercure, le nitrate d'argent surtout ; puis l'opium, la belladone, etc.

Une conjonctivite ordinaire étant donnée, voici le système de traitement généralement employé : saignées générales et locales,

s'il y a lieu. Topiques émollients : infusions de fleurs de guimauve, de sureau, de mélilot, de coquelicot (*ad libitum*); cataplasmes de farine de riz, de mie de pain, de pulpe de pommes, de fromage blanc, etc. Puis on vient à l'emploi des astringents : solutions légères de sous-acétate de plomb, de sulfate de zinc, d'alun, dans l'eau simple ou l'eau distillée de roses. On y joint volontiers quelques sédatifs : laudanum, extrait d'opium, acétate de morphine, extrait de belladone, atropine, etc. Ici se présente la période d'élection pour l'emploi des révulsifs externes : ventouses, vésicatoires aux tempes et à la nuque; et pour les révulsifs internes : calomel ou autre purgatif. Plus tard on a recours aux instillations de laudanum entre les paupières, ou mieux au collyre de sublimé (5 à 10 centigrammes de bichlorure mercurique par 30 ou 60 grammes d'eau distillée); ou bien au collyre de nitrate d'argent (d'un vingtième à un cinquième de nitrate d'argent dans l'eau distillée). Le nitrate d'argent, ce remède si précieux dans les affections des muqueuses en général, peut être employé à toutes les périodes de l'ophthalmie; mais il est bon, je crois, pour les cas d'une certaine intensité, de ne l'employer qu'*après* la première période d'acuité. Bien qu'il soit généralement préférable au sublimé, j'ai vu des cas exceptionnels où celui-ci s'est montré plus efficace; tel est le suivant :

Obs. I. — Au printemps de l'année 1848, vint à la clinique un homme de quarante ans, affecté de fièvre typhoïde. La maladie ayant cédé au traitement par l'expectation, c'est-à-dire aux antiphlogistiques, moins les saignées, dans le courant de la convalescence il se déclara spontanément une conjonctivite de l'œil gauche qui, malgré les saignées locales, les émollients, les vésicatoires, les purgatifs, les onctions mercurielles belladonées sur les paupières, etc., prit la forme du chémosis. Les cautérisations avec le nitrate d'argent, liquide et solide, les scarifications même, demeurèrent sans succès. Le traitement durait depuis plusieurs semaines et nous désespérions d'obtenir la guérison, lorsque nous essayâmes le collyre de sublimé, que nous jugions cependant moins efficace que le nitrate d'argent. L'œil fut baigné trois fois par jour, au moyen d'une œillère, dans une solution de 5, puis de 10 centigrammes de bichlorure mercurique dans 30 grammes d'eau distillée. A notre grande satisfaction, et non sans surprise, nous vîmes les bourrelets muqueux s'affaisser de jour en jour, et l'œil reprendre son aspect naturel en moins de deux septénaires.

Ce fait prouve, une fois de plus, que des remèdes même infé-

rieurs à d'autres peuvent, dans certains cas, procurer des succès inespérés, là où de plus puissants moyens ont échoué. (Nous ne connaissions pas alors les avantages de l'occlusion palpébrale.)

En exposant, dans l'ordre que nous croyons être celui de leur application rationnelle, les procédés curatifs de la conjonctivite, nous avons dit ce que nous faisons nous-même, pensant être l'interprète de la généralité des praticiens. A ce traitement général peuvent être ajoutés quelques moyens accessoires, selon l'occurrence : tels sont les onctions de pommade mercurielle sur le front et les tempes, l'extrait de belladone en onctions sur les paupières ou en collyre, notamment dans les cas de contraction de la pupille, de photophobie, etc.

Cela doit s'entendre de la conjonctivite simple, ordinaire; car lorsqu'il s'y joint certaines complications, telles que le chémosis rebelle, les taches de la cornée, la kératite ulcéreuse, etc., d'autres procédés sont indiqués, dans le détail desquels nous ne voulons pas entrer; d'autant mieux que ces procédés exceptionnels (scarifications, excisions, cautérisations) ne sont pas toujours indispensables, comme nous le prouverons par des faits.

Nous ne voulons pas entrer non plus dans l'histoire des ophthalmies dites spécifiques (épidémique, blennorrhagique, scrofuleuse, etc.). Nous ne dirons qu'un mot de l'ophthalmie dite rhumatismale, comme exemple des mystifications que nous apportent parfois les spécialités. Il y a quelque vingt ans, on a prétendu que la conjonctivite de cause rhumatismale différait des autres par une disposition anatomique particulière des vaisseaux injectés, qui alors affectaient la forme longitudinale, mince, radiée, concentrique, annulaire, au lieu d'être sinueuse, variqueuse, aréolaire, diffuse, comme dans la conjonctivite ordinaire. Ainsi la cause avait le pouvoir de changer la structure anatomique des vaisseaux de la conjonctive! Cette énormité eut pourtant du succès, mais elle n'a pas résisté aux attaques du bon sens personnifié dans le professeur Sanson, de regrettable mémoire, un encyclopédiste qui fit voir que l'ophthalmie dite rhumatismale n'offrait une vascularisation particulière que parce qu'elle siége dans un tissu particulier, la sclérotique, dont la phlogose offre, en effet, l'aspect vasculaire indiqué.

Nous ferons observer pourtant, au point de vue du traitement, que même les ophthalmies spécifiques ne diffèrent guère de l'ophthalmie ordinaire, quant aux indications locales; ce sont les

mêmes moyens appliqués avec plus ou moins d'énergie, plus l'indication de combattre la cause spécifique qui entretient l'inflammation. Ainsi, cautérisation vigoureuse, excision hardie pour l'ophthalmie blennorrhagique, l'utilité des mercuriaux n'existant que pour les cas de vice vénérien constaté; nitrate d'argent, sublimé, opium, belladone, pour l'ophthalmie scrofuleuse, plus le traitement général par les toniques, les iodés, l'huile de foie de morue; et quant à l'ophthalmie rhumatismale, le spécifique est encore à trouver, tout comme pour le rhumatisme lui-même, quoi qu'on ait dit des effets merveilleux du colchique, en tant que simple altérant, car comme purgatif, ses effets sont manifestes.

Aux moyens que nous venons d'exposer et qui forment l'arsenal ordinaire de la thérapeutique antiophthalmique, nous nous sommes réservé d'en joindre deux autres moins usités et pourtant non moins efficaces que les précédents : ce sont les applications froides et surtout l'occlusion des paupières, procédés qui ne sont pas nouveaux, sans doute, mais qui ne sont pas, nous en sommes convaincu, appréciés à leur juste valeur.

L'application du froid est bien, on en conviendra, une émanation de la médecine et surtout de la chirurgie encyclopédique. En effet, l'universalité actuelle de son usage et les beaux résultats qu'en obtient tous les jours, dans une foule de cas, la pratique médico-chirurgicale, devaient nécessairement conduire à son emploi dans les maladies des yeux. Les chirurgiens savent que les applications froides sont éminemment utiles dans les cas de contusion, de blessures de toute espèce intéressant le globe oculaire et ses dépendances. Eh bien ! elles ne sont pas moins directement et fréquemment indiquées dans les cas d'ophthalmie spontanée, externe ou interne, à tous les degrés, depuis le taraxis ou la simple injection initiale, jusqu'au chémosis ou carnification de la conjonctive. Nous parlons d'applications, et non de simples lotions, car ici trois conditions sont nécessaires : 1° application permanente; 2° renouvellement du topique réfrigérant, lorsqu'il commence à s'échauffer; 3° continuation du moyen jusqu'après cessation complète des accidents à combattre. Ces applications sont des plus simples : il s'agit de maintenir sur l'œil affecté une compresse de linge fin, en plusieurs doubles, imbibée d'eau à la température ambiante. Dans certains cas exceptionnels, l'eau glacée ou la glace même peuvent être indiquées ; mais, en général, dans les cas médicaux, l'eau simple suffit. Il est à peu près

inutile d'y ajouter des principes astringents (vinaigre, acétate de plomb, alun) la température étant le seul élément invoqué en pareille circonstance. Depuis le peu de temps que nous nous sommes avisé d'en faire un usage suivi, nous en avons obtenu de très-bons effets dans plusieurs cas de simple injection, d'inflammation vive, de douleur, de photophobie, même de blennorrhée oculaire. Dans les cas même où, d'ordinaire, les topiques liquides sont mal supportés, c'est-à-dire dans les ophthalmies avec relâchement des tissus (conjonctivites chroniques, œdémateuses, scrofuleuses), ces applications peuvent encore être utiles, le froid corrigeant, et au delà, les inconvénients de l'humectation.

Mais il est à remarquer que l'application du froid, telle que nous venons de la décrire, implique nécessairement l'occlusion des paupières. Or, un doute surgit dans notre esprit, c'est de savoir si cette occlusion ne joue pas le rôle principal dans les heureux résultats de la réfrigération. L'analogie, non moins que les faits, vient à l'appui de l'efficacité réelle des applications froides; mais il n'en est pas moins vrai que, dans beaucoup de cas, la simple occlusion des paupières suffit à la résolution de l'ophthalmie. Nos expériences ne laissent aucun doute à cet égard (1); nous pensons donc que la réfrigération, bien qu'indiquée par l'ophthalmie elle-même, convient surtout comme adjuvant ou annexe de l'occlusion palpébrale, alors qu'à l'hypérémie oculaire se joignent certains accidents, tels que chaleur, douleur vive, rougeur et gonflement des paupières, etc.

Quant à l'occlusion palpébrale envisagée isolément, elle répond, *a priori*, aux indications primitives, naturelles, en quelque sorte, de l'ophthalmie externe. En effet, n'est-il pas vrai que le repos de l'organe est la condition première de tout traitement antiphlogistique? Dans les maladies des yeux, tous les praticiens sont d'accord pour placer les malades dans l'obscurité. Or, l'obscurité absolue, permanente, résulte immédiatement, et sans embarras, de l'occlusion palpébrale. N'est-il pas vrai qu'une autre condition primordiale du traitement rationnel est de soustraire l'organe enflammé au contact des corps extérieurs, toujours plus ou moins irritants? Eh bien! l'occlusion des paupières soustrait

(1) Peut-être en est-il de même du vésicatoire appliqué sur les paupières, moyen violent, chanceux, rarement usité dans la simple ophthalmie, et pour lequel on pratique nécessairement l'occlusion des paupières, circonstance qui nous paraît devoir entrer en ligne de compte dans l'appréciation des résultats.

l'œil au contact non-seulement de la lumière, mais encore de l'air extérieur, des corpuscules ambiants, etc. N'est-il pas vrai que le praticien est heureux de pouvoir maintenir les organes phlogosés dans une température tiède, humide, égale, analogue, autant que possible, à la température même du corps? Telle est celle que procure au globe de l'œil irrité l'occlusion des paupières. Il est un autre avantage attaché à ce procédé, c'est la compression douce, égale, permanente, *naturelle*, que les paupières exercent sur la conjonctive rugueuse, tuméfiée, boursouflée, et qui répond mieux qu'aucun autre moyen à l'indication même de la compression érigée en méthode par quelques auteurs; d'autant mieux que la compression artificielle, si besoin est, peut être ajoutée à cette compression naturelle, lorsqu'on la juge insuffisante. Voilà certes bien des motifs éminemment rationnels qui militent en faveur de l'occlusion palpébrale. Mais l'observation, la pratique elle-même, viennent merveilleusement à l'appui de la théorie; dans les faits, en petit nombre il est vrai, que nous possédons déjà, nous n'avons pas encore rencontré d'exception à la règle, et l'on va voir que l'occlusion palpébrale nous a réussi dans des cas en quelque sorte désespérés. Je ne citerai pas les observations d'ophthalmies récentes et légères où quelques jours d'occlusion palpébrale ont suffi pour procurer la résolution; j'arrive d'emblée à des cas très-graves où le résultat a de beaucoup dépassé nos espérances.

Obs. II. — Une dame de trente-huit ans, de constitution sanguine-lymphatique, modiste, travaillant habituellement à la lumière et à des objets délicats, a eu de fréquentes ophthalmies scrofuleuses dans sa jeunesse. Il en est résulté une tache opaque, de quatre à cinq millimètres de largeur, occupant le segment externe de la cornée transparente de l'œil droit. Au centre de la tache existe un point transparent, du diamètre d'un grain de millet, ressemblant à une bulle d'air, sauf élévation au-dessus du niveau de la tache, et qui nous paraît être manifestement produite par une petite hernie de l'humeur aqueuse à travers la cornée. L'iris n'est pas altéré, et la vision s'exerce par le segment interne de la cornée. La tache cornéenne est le centre, ou mieux le point affluent d'une forte injection de la conjonctive scléroticale, formée par des faisceaux de capillaires volumineux, variqueux, serrés, qui vont en s'amincissant de la tache à la circonférence du globe de l'œil. Cette injection est habituelle, mais légère, et elle prend assez fréquemment plus de gravité, cause de la douleur, de la photophobie, et oblige la malade à réclamer

les secours de l'art, comme au moment actuel. Beaucoup de moyens, y compris la cautérisation par le nitrate d'argent, ont été mis en usage pour débarrasser la malade de cette infirmité qui la force à garder le repos pendant de longs intervalles. Elle était affectée depuis plusieurs jours de cette recrudescence, lorsqu'elle vint réclamer mes soins, en septembre dernier. Les instillations de laudanum, qui la soulageaient ordinairement, sont restées sans succès. Nous prescrivons une application de dix sangsues à la tempe, collyre d'infusion de fleurs de guimauve, avec addition de laudanum (10 gouttes par 30 grammes), onctions de pommade belladonée (4 grammes d'extrait pour 20 grammes d'axonge) autour des paupières.

Le lendemain, le soulagement n'est pas prononcé. Nous prescrivons alors l'occlusion des paupières au moyen d'un bandeau, et la continuation de la pommade belladonée. Le jour suivant, l'amélioration est manifeste. L'occlusion palpébrale est continuée, et, le troisième jour, l'injection de la conjonctive est réduite à des proportions même moindres que celles de l'état habituel ; si bien que nous renonçons à cautériser les vaisseaux à leur point d'immersion dans la tache cornéenne, comme nous nous proposions de le faire. La malade n'a jamais éprouvé de soulagement aussi prompt. Nous lui recommandons de tenir l'œil fermé pendant quelques jours encore, et de recourir au même moyen dès qu'elle verra l'ophthalmie se reproduire de nouveau. Quelques médecins lui avaient proposé de cautériser la tache elle-même. Nous en avons dissuadé la malade, dans la crainte que la cautérisation ne rompît la petite vésicule formée par la hernie de l'humeur aqueuse et n'amenât l'évacuation de cette humeur et les graves accidents qui pourraient s'ensuivre.

J'avoue qu'en prescrivant ici l'occlusion palpébrale, je ne m'attendais pas à un résultat aussi satisfaisant, l'injection étant entretenue par une cause permanente, la tache de la cornée.

Le cas suivant, plus ordinaire et plus grave, n'en est que plus important à considérer.

Obs. III.—Un homme de trente-cinq ans, d'assez bonne constitution, journalier, se présente à la clinique en mai 1851, affecté d'ictère simple depuis plusieurs jours. Il est mis à l'usage des délayants : limonade, lavements, bains, etc. A quelques jours de là, nous sommes frappé de la couleur verdâtre de l'iris de l'œil gauche, contrastant avec la couleur bleue de l'iris droit. Nous nous demandons si cette couleur anormale n'est pas le produit de la suffusion ictérique de l'humeur aqueuse ou de l'iris lui-même. Nous trouvons cependant étonnant que l'œil d'un seul côté soit ainsi coloré. Le malade assure que cet état n'est pas habituel ; il n'éprouve d'ailleurs aucune altération de la vision. Bientôt la conjonctive du même côté

s'injecte graduellement et la rougeur succède à la teinte ictérique qu'offrait la sclérotique. C'était là, sans contredit, un des plus beaux cas d'ophthalmie *bilieuse* qu'il soit possible de rencontrer. Mais nos idées bien arrêtées sur l'innocuité de la bile, ou plus exactement, de la matière colorante biliaire répandue dans l'économie, nous firent considérer cette ophthalmie comme purement accidentelle et indépendante de l'ictère. En effet, l'ictère marche à la résolution, les téguments reprennent leur couleur normale, et cependant l'ophthalmie ne fait que s'aggraver. Nous remarquons alors que l'iris de l'œil malade est resté verdâtre et que la pupille s'est rétrécie; nous en concluons que nous avons affaire à une iritis et non à une suffusion bilieuse intra-oculaire.

Nous traitons successivement l'ophthalmie par tous les moyens rationnels classiques : sangsues aux tempes, pommade mercurielle belladonée, collyres émollients, laudanisés, puis avec le sublimé, le nitrate d'argent; vésicatoire à la nuque, purgatifs répétés, etc. L'ophthalmie persiste en s'aggravant; elle prend la forme du chémosis. La conjonctive forme un pannus lardacé, rutilant, de trois millimètres d'épaisseur, au centre duquel la cornée verdâtre et la pupille rétrécie apparaissent comme déprimées. Après plusieurs semaines de tentatives variées, j'allais recourir à l'excision; mais, auparavant, je voulus essayer de l'occlusion palpébrale.

Encore ici le résultat a dépassé nos espérances, et nous vîmes en peu de jours le bourrelet s'affaisser et la conjonctive reprendre graduellement son état normal. En même temps l'iris avait repris sa couleur bleue, et la pupille s'était sensiblement élargie; cependant elle resta longtemps plus étroite que celle du côté opposé.

Ce fait, si remarquable par ses diverses circonstances, et sur lequel nous avons tout particulièrement appelé l'attention de nos élèves, ne laisse aucun doute sur l'étonnante efficacité, manifestée dans ce cas, de l'occlusion palpébrale. Ce qui s'est passé du côté de l'iris nous porte à penser que l'occlusion des paupières pourrait être réellement utile dans bien des cas d'ophthalmie interne.

Le fait suivant, quoique moins frappant que les précédents, comporte néanmoins un certain intérêt.

Obs. IV. — Une fille de vingt ans, chétive, lymphatique, affectée depuis longtemps de diarrhée, entre à la clinique en octobre dernier. Après quelques jours de traitement par la diète, les émollients et les opiacés, la diarrhée disparaît; mais il survient une forte injection de la conjonctive des deux côtés. Un collyre de décoction de guimauve et de pavot reste sans effet. Le troisième jour, la conjonctivite a déjà pris les caractères d'un chémosis œdémateux; c'est-à-dire que l'injection sanguine et l'infiltration

séreuse, ont à la fois envahi toute la conjonctive qui, des deux côtés, forme autour de la cornée transparente un épais bourrelet rouge et transparent. On voit rarement le chémosis se produire avec autant de rapidité. Nous prescrivons alors l'occlusion des paupières et des compresses d'eau froide maintenues sur les deux yeux.

Le lendemain il y a diminution notable du chémosis. Son caractère œdémateux nous paraissant être une contre-indication aux applications humides, nous nous bornons à la simple occlusion palpébrale au moyen d'un bandeau.

Bien que la malade ne suivît pas exactement nos prescriptions et se découvrît les yeux plusieurs fois dans la journée, le chémosis n'en diminua pas moins chaque jour, et au bout d'un septénaire la résolution fut complète.

Je doute que par un autre moyen on fût arrivé à un résultat aussi prompt et aussi complet, dans une ophthalmie qui procédait d'une manière si rapide. On a vu qu'ayant cru devoir supprimer l'eau froide, la maladie n'en a pas moins marché vers la résolution; ce qui semble prouver que, dans les cas d'applications froides permanentes, l'occlusion palpébrale pourrait bien être un élément puissant, sinon l'élément principal de la guérison.

L'occlusion palpébrale est surtout applicable à l'ophthalmie d'un seul côté; car dans l'ophthalmie double, il est très-pénible pour les malades de se voir condamnés à la cécité absolue par l'occlusion des deux yeux, et la plupart manquent de la docilité suffisante pour s'y soumettre. Néanmoins, même dans ces cas, on vient de voir que ce procédé manifeste sa puissance.

Il est de précepte, dans les cas d'affection aiguë, même d'un seul œil, de condamner le malade à l'obscurité. Mais il nous a semblé que cette manière d'agir, fort utile sans doute, n'est pas rigoureusement nécessaire dans l'ophthalmie d'un seul côté. Toujours est-il que nous avons permis, sans de notables inconvénients, à nos malades de se servir de l'œil sain.

Dans les cas où l'occlusion de l'œil est jugée nécessaire, on a conseillé, dans ces derniers temps, de la maintenir en accolant les cils au moyen du collodion. Cette pratique n'est pas toujours convenable, car il importe souvent d'inspecter journellement le globe de l'œil, pour juger de son état et pourvoir aux accidents qui pourraient se produire, tels que les ulcérations de la cornée, etc.

Je ne sais si les autres genres de conjonctivite (rhumatismale

scrofuleuse, épidémique, etc.) se trouveraient aussi bien de l'occlusion palpébrale ; je crois pourtant qu'on pourrait en essayer dans certains cas, ne serait-ce que comme adjuvant des autres moyens. Lorsque la sécrétion mucoso-purulente est abondante, il y aurait lieu de craindre que la matière ne s'accumulât sous les paupières et n'y produisît des ravages ; mais alors il suffirait de déterger l'œil, de temps en temps, au moyen de pressions, de lotions, d'injections convenables, en le tenant fermé le reste du temps.

En produisant ces faits et ces considérations, nous n'avons pas, je le répète, la prétention d'annoncer rien de nouveau ni de bien ingénieux ; notre but est seulement de généraliser l'emploi d'un procédé très-simple, trop simple peut-être, et qui est ordinairement négligé, sans doute parce qu'on en ignore toute l'efficacité. Ce n'est pas à dire pourtant qu'il doive toujours réussir et faire oublier les autres ressources de l'art ; et quant à sa valeur relative, nous ne pouvons qu'en appeler à l'expérience ultérieure de nos habiles confrères, si toutefois nous sommes assez heureux pour leur avoir inspiré le désir d'en essayer.

NOTE DE M. SICHEL SUR LA PINCE-TUBE POUR L'EXTRACTION SCLÉROTICALE DES CATARACTES CAPSULAIRES ET DES FAUSSES MEMBRANES.

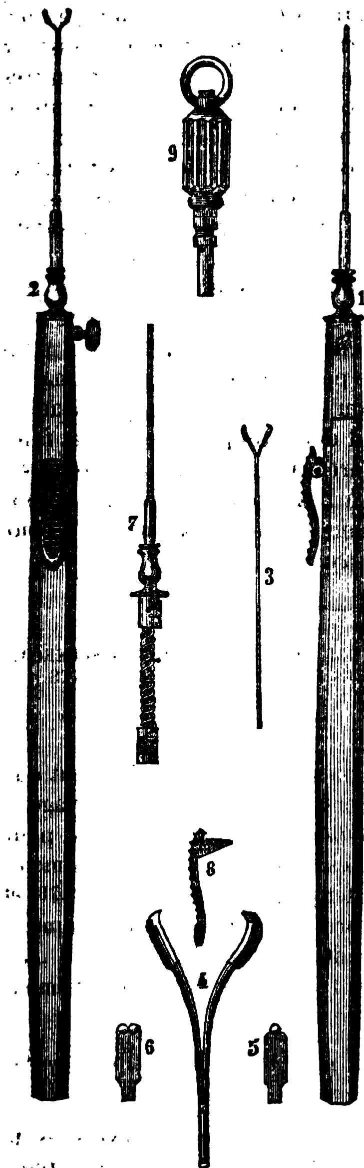
MON CHER CONFRÈRE,

Vous me demandez des renseignements sur un instrument que vous avez vu chez moi en 1843, lors de votre dernier voyage à Paris. Cet instrument est la *pince-tube* ou *pince à cylindre* pour l'extraction scléroticale des capsules opaques et des fausses membranes, telle que je l'ai fait exécuter par M. Charrière en 1841, et dont le premier modèle, dans sa forme primitive et authentique, a figuré dernièrement à l'exposition de Londres.

Dans sa *Notice sur l'exposition de* 1844, nº 59, M. Charrière mentionne cet instrument de la manière suivante :

« *Pince scléroticale de* M. SICHEL, *ou pince à deux branches sur laquelle glisse une canule mobilisée par un mouvement de bascule.* »

Voici les figures et la description de la pince-tube extraites de la planche XII de mon *Iconographie des maladies des yeux*, actuellement sous presse.



La figure 1 représente l'instrument fermé, tel qu'on l'introduit par la ponction de la sclérotique.

Dans la fig. 2, les branches sont écartées pour saisir dans la chambre postérieure les lambeaux capsulaires ou membraneux et les extraire.

Les autres figures représentent les parties constitutives de l'instrument :

Fig. 3, la tige avec les pinces.

Fig. 4, la même grossie.

Fig. 5 et 6, les mors de la pince grossis.

Fig. 7, le cylindre ou tube dans lequel glisse la tige, et qui ferme et resserre les mors, lorsque la tige y rentre. A la partie inférieure de ce cylindre on voit le ressort en boudin sur lequel se base le mécanisme de l'instrument.

Fig. 8, le profil de la plaque sur laquelle le doigt s'appuie en faisant mouvoir les différentes parties de l'instrument.

Fig. 9, la clef pour le démonter.

Vous voyez que c'est un instrument compliqué et basé sur un ressort, deux circonstances qui le rendent infidèle et peuvent faire craindre qu'il ne refuse le service dans un moment décisif. De plus, il est très-difficile à manœuvrer, comme tous les instruments de chirurgie oculaire qu'il faut faire fonctionner par un ressort. Les branches sont trop faibles et trop courtes; dans certains cas, leur écartement est insuffisant pour pouvoir commodément et sûrement saisir des membranes flot-

tantes. Ce sont là les raisons qui m'ont décidé à substituer à cet instrument ma *pince sclérotícale*, également représentée sur la pl. XII de mon *Iconographie*. Cette pince, excessivement simple, à branches suffisamment longues et fortes, qui s'écartent au degré voulu, assure parfaitement l'exécution de cette opération inventée par moi; j'ai donc réservé la pince-tube pour les cas exceptionnels. Elle a été reprise depuis, et donnée d'abord comme son invention, par un de mes élèves qui l'avait vue entre mes mains, lorsqu'il était mon chef de clinique, aux époques où M. Charrière confectionna pour la première fois l'instrument et où vous l'avez vu chez moi.

Je n'ai pas réclamé la propriété de ma pince-tube, d'abord parce qu'un instrument reconnu imparfait et inférieur à un autre ne vaut pas la peine d'une réclamation, ensuite parce que j'ai pour principe de ne jamais occuper le public médical de questions personnelles et de discussions de priorité. Pillé, comme je l'ai été si fréquemment, et surtout par ceux de mes élèves qui me doivent le plus, j'ai laissé faire, me réservant seulement de reprendre mon bien à l'occasion. Aujourd'hui je réponds à votre demande, et je regrette que cette réponse ne puisse vous arriver à temps pour être insérée dans la livraison du tome XXVI, à laquelle vous la destiniez.

Recevez, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments distingués et dévoués.

Mars 1852. SICHEL, D. M.

NOUVELLE INVENTION D'UN INSTRUMENT POUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE ET DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE;

Par le docteur S. FURNARI.

Quoi de plus simple, dira-t-on, que l'aiguille de Scarpa et de Dupuytren pour abaisser le cristallin? que la curette de Daviel, les couteaux de Wenzel et de Richter pour l'extraire? Simplifie-t-on une méthode en multipliant et en compliquant les instruments destinés à la pratiquer? Cette objection serait très-fondée, si toutes les cataractes étaient de la même nature, si elles avaient la même consistance et le même degré d'adhérence à l'iris; mais il n'en est pas ainsi, et, pour ne parler que de cette dernière complication, ne sait-on pas que sur dix opérations de cataracte par

abaissement il y a au moins trois cataractes secondaires qui résultent de fragments capsulaires restés adhérents, et que les aiguilles ordinaires n'ont pu détacher?

Notre nouvel instrument n'a d'autre but que d'éviter cet inconvénient : c'est une *aiguille-pince* pouvant servir pour la cataracte primitive et pour la cataracte secondaire; cette aiguille, supportée par un manche en ivoire, n'a pas plus de volume que celle de Scarpa. Elle est formée d'une tige se terminant par deux branches parfaitement égales, dont les extrémités réunies constituent une lance légèrement courbe. Au bord interne des branches il y a des aspérités ou dents destinées à saisir les parcelles opaques; une gaîne partant de l'intérieur du manche accompagne l'aiguille jusqu'à la base de sa lance.

L'instrument fonctionne à l'aide d'un nouveau mécanisme renfermé dans le manche; ce mécanisme se compose d'une boîte intérieure dans laquelle sont logés la bascule à engrenage, la canule et le ressort. Ces trois pièces sont solidement ajustées ensemble. En appuyant sur la bascule on fait rentrer la gaîne dans le manche; alors l'aiguille, abandonnée à elle-même, se sépare en deux, saisit et déplace les corps opaques qui obstruent le champ de la pupille, et lorsque le pouce abandonne la bascule, le tube remonte par la force du ressort logé à l'intérieur et fait rapprocher les branches de l'aiguille, qui forment une véritable pince.

Contrairement à ce qui existe dans les autres instruments employés jusqu'à ce jour, ici l'avantage est qu'on ouvre le mécanisme en appuyant sur la bascule et que dans les autres on le ferme; dans les premiers, l'instrument est constamment ouvert, et il faut exercer une pression continuelle sur la bascule pour le fermer; dans ce dernier, il est constamment fermé, et il ne s'ouvre dans l'œil qu'à volonté et dans les cas compliqués où l'on a besoin d'une pince. C'est là, en effet, l'idée nouvelle de l'instrument; il s'ouvre et fonctionne par un mouvement direct et non pas à l'aide d'une force soit de recul, soit de projection. Lorsqu'il en est ainsi, il y a un inconvénient grave, car, le chirurgien ne pouvant agir directement, il lui est difficile de coordonner avec exactitude ses mouvements et d'éviter dans tous les cas de blesser l'iris ou la cornée.

Dans les cas de cataracte simple, l'instrument fonctionne comme une aiguille ordinaire, avec cette différence que, sa lance pouvant, selon la volonté du chirurgien, prendre dans l'œil un cer-

tain développement et s'appliquer sur une grande partie de la surface du cristallin, le déplacement et le broiement du corps opaque deviennent plus prompts et plus faciles. En effet, si le cristallin se fragmente et qu'il ne puisse pas être abaissé en masse pendant les mouvements de rotation et d'avant en arrière que lui fait subir l'aiguille, on pourra l'écraser en le comprimant entre les branches de la lance; il en est de même des lambeaux capsulaires, opaques ou non, qu'on pourra facilement saisir, rouler autour de la lance et extraire en retirant l'instrument.

L'aiguille-pince trouve naturellement son application générale dans les cataractes secondaires, soit qu'elles proviennent des fragments capsulaires restés dans le champ de la pupille, soit des détritus du cristallin et de sa capsule. Dans ces cas, il est facile de comprendre qu'une aiguille-pince est préférable à la pince à coulant, dont la première idée appartient à Hunter; ces pinces, le serre-tèle de M. Desmarres surtout, quelles qu'elles soient, n'ayant pas de tranchant à leur extrémité, nécessitent une ponction de la coque oculaire avec un instrument tranchant avant de les faire manœuvrer dans l'intérieur de cet organe; notre aiguille-pince, remplissant cette double indication, n'a pas le même inconvénient. La principale difficulté à vaincre, c'était de faire une aiguille séparée par le milieu et, malgré le petit volume de la lance, malgré la jonction des deux branches à leur extrémité, d'obtenir une pointe lisse, acérée et solide pour faire la ponction aussi facilement que si la lance et la pointe étaient d'une seule pièce. Ce qu'il y a de plus important, c'est que, malgré la multiplicité des pièces qui composent cet instrument, il n'est ni plus lourd, ni plus volumineux que les aiguilles ordinaires, grâce au fabricant, M. Mathieu, dont le zèle et le bon vouloir égalent l'habileté dans la mécanique chirurgicale.

On peut rendre le mécanisme de cette aiguille plus simple en supprimant le ressort extérieur et en la faisant manœuvrer comme l'aiguille de Baratta et de Lusardi avec un coulant à rondelle placé à la partie supérieure du manche, le mécanisme des pièces intérieures restant toujours le même; cependant nous préférons le ressort, parce qu'il donne plus de force de pression à l'instrument, empêche le chevauchement des branches, et saisit plus solidement les corps opaques, ce qui est très-important dans les cataractes dures ou dans les fausses membranes, qui, chez les vieillards surtout, prennent une consistance presque cornéenne. Les opé-

rations que nous avons faites avec l'aiguille-pince et les résultats que nous avons obtenus nous font espérer qu'elle sera, sinon adoptée, du moins essayée par les praticiens.

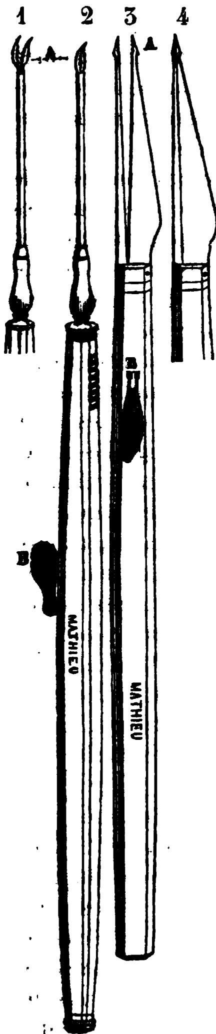


Fig. 1. Aiguille-pince ouverte pour l'opération de la cataracte et pour extraire les fragments capsulaires dans les cataractes secondaires. — Fig. 2. Aiguille-pince fermée. A, lance de l'aiguille. B, bascule à engrenage mettant en mouvement le mécanisme intérieur. — Fig. 3. Couteau-pince ouvert pour l'extraction de la cataracte et l'opération de la pupille artificielle. A, lame articulée mobile et lame fixe se terminant par une aiguille-pince. B, bascule pour le mécanisme intérieur. — Fig. 4. Couteau-pince fermé.

Voulant faire une application plus générale du mécanisme que nous venons de décrire, nous avons imaginé un *couteau-pince* destiné à l'extraction de la cataracte et à l'opération de la pupille artificielle. Ce couteau, composé, comme l'aiguille, d'un mécanisme identique, renfermé dans un manche ordinaire, se termine par un corps de tranchant formé d'une lame mobile articulée à sa base, et venant s'appuyer sur le dos d'une lame fixe avec laquelle il forme un couteau de Richter se terminant par une aiguille-pince droite. Une double rainure pratiquée dans l'épaisseur interne des deux lames est destinée à en empêcher le chevauchement. La manœuvre de ce couteau dans la méthode par extraction est très-facile à exécuter. On fait une ponction à la cornée au lieu d'élection, et l'on porte directement la pointe du couteau sur le cristallin pour déchirer la capsule; une légère pression du pouce sur la bascule fait ouvrir l'instrument, dont l'extrémité saisit quelques fragments capsulaires. On se hâte immédiatement après, sans retirer l'instrument de l'œil, de pratiquer la contre-ponction selon les règles générales de cette méthode. Une légère pression sur le globe suffit pour faire sortir la lentille. Dans le cas contraire, à

l'aide d'une curette-pince fermée on déplacera le cristallin, et s'il y a des lambeaux adhérents de capsule, on les retirera en ouvrant la curette.

Nous n'avons pas cru nécessaire de donner ici le dessin de ce dernier instrument; c'est un curette plus mince, plus creuse et plus recourbée que celle de Daviel, mais séparée en trois branches percées de trous formant pince à volonté à l'aide du mécanisme intérieur susindiqué. Cet instrument a quelque analogie avec la double bascule que nous avons décrite, en 1841, dans notre *Traité des maladies des yeux*. Fermée, la nouvelle curette est très-polie et n'offre aucune rugosité; ouverte, elle constitue un excellent moyen de prise et de dégagement, à cause de ses trois branches et des petites griffes dont elles sont pourvues. Enfin, on pourrait utiliser notre nouveau mécanisme en le surmontant d'une petite paire de ciseaux, du crochet double de Beer, etc.

Pour ce qui concerne la pupille artificielle, il est facile de comprendre que l'aiguille et le couteau-pince que nous venons de décrire seront d'une grande utilité dans les différentes méthodes proposées pour cette opération, et surtout lorsqu'on voudra pratiquer la corétomie et la corectomie.

DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU TANNIN, ENVISAGÉ SURTOUT AU POINT DE VUE DE SES APPLICATIONS EN THÉRAPEUTIQUE;

Par le docteur F. HAIRION.

Nous avons reproduit dans notre XXVIe volume, pp. 216-218, le rapport de M. de Marquay à la Société de chirurgie de Paris sur le mémoire dont nous venons de transcrire le titre. Nous allons aujourd'hui entrer dans des détails plus complets sur l'œuvre intéressante de notre estimable collaborateur.

« Le tannin, dit M. Hairion, avait été utilisé par les médecins longtemps avant qu'il ne fût connu comme principe particulier et appliqué comme tel. C'est à lui qu'un grand nombre de végétaux doivent leur astringence. On le trouve presque pur dans le cachou et la gomme kino; il est uni à un principe résineux dans le sang-dragon, et à diverses substances étrangères dans les racines de tormentille, de bistorte, de ratanhia, les écorces de chêne, de marronnier d'Inde, de saule, de quinquina, les noix de galle, les feuilles de potentille, d'aigremoine, les roses de

Provins, les fleurs de grenadier, le brou de noix, etc. Quelques-unes de ces substances et d'autres analogues, mais généralement abandonnées de nos jours, étaient autrefois d'un usage fréquent dans les affections oculaires : telles sont les eaux distillées d'euphraise, de plantain, de bluet, l'eau de vigne, les infusions de thé vert, de feuilles de groseillier noir, les décoctions de roses de Provins et le mucilage de coings. Plus récemment on a recommandé l'infusion de racines de ratanhia, de graines d'acacia et la pommade de monésia. Quelques-unes de ces préparations ont joui d'une grande vogue : l'eau de bluet, par exemple, était généralement connue sous le nom de *casse-lunettes*, à cause de l'efficacité qu'on lui accordait dans ce genre de maladies. Toutefois, l'action astringente de la plupart de ces substances est fort peu marquée, contestable même pour quelques unes; aussi sont-elles aujourd'hui généralement délaissées. »

M. Hairion débute par quelques considérations sur les propriétés physiques et chimiques du tannin; il aborde ensuite l'étude de son action physiologique.

Dans un paragraphe intitulé : *Action physiologique*, l'auteur, après avoir rapporté les diverses opinions qui ont été émises sur le mode d'action du tannin; après avoir rappelé les expériences de Cavarra (1) et de Mitscherlich (2), fait ressortir combien sont peu fondées les déductions que les auteurs en ont tirées relativement à l'action physiologique de cette substance; il expose ainsi qu'il suit les expériences auxquelles il s'est livré lui-même dans le même but :

« *a.*) *Usage externe*. — 1re *Expérience*. Nous appliquons le tannin en solution aqueuse, au 1/9, puis au 1/7, sur la muqueuse conjonctivale de quatre malades de l'Institut ophthalmique, dont deux sont affectés d'amaurose et les deux autres de leucôme; chez tous, la conjonctive est parfaitement saine. La durée de nos expériences a été de vingt jours, à une application par jour.

» Le premier effet ressenti par les malades, après l'introduction sous les paupières de la solution tannique, est un sentiment de chaleur, de picotement qui se prolonge rarement au delà de deux ou trois minutes et a souvent même beaucoup moins de durée. En même temps, on con-

(1) *Encyclographie des sciences médicales*, Bruxelles, 1837, avril. (*Bulletin général de Thérapeutique*, page 46.)

(2) *Encyclographie des sciences médicales*, Bruxelles, 1839, février. (*Medicinische Zeitung*, page 46.)

state la coagulation des liquides lubrifiant les conjonctives, et quelques-uns accusent une altération passagère de la vue. A cette première impression succède un sentiment de sécheresse, de corps étrangers roulant à la surface de l'œil, de la roideur dans les paupières et une certaine difficulté dans leurs mouvements; cet état dure depuis une demi-heure jusqu'à deux et trois heures, après quoi tout rentre dans l'ordre physiologique.

» Quant à la muqueuse elle-même, nous ne constatons, dans aucun cas, la moindre altération permanente dans sa texture; elle s'injecte d'abord, mais bientôt redevient lisse, pâle, nacrée, fine et transparente, comme à l'état normal. La plupart des phénomènes que nous venons de signaler s'expliquent très-bien par l'action coagulante du tannin sur les produits de la sécrétion de la conjonctive.

» 2ᵉ *Expérience.* Chez un individu bien portant, ayant les organes génitaux sains. nous plaçons, entre le prépuce et le gland, un plumasseau de charpie, trempée dans une solution de tannin au 1/7, et nous la maintenons humide pendant quarante-huit heures. L'effet immédiat produit par le contact de la solution avec la muqueuse génitale n'est pas sensible; l'individu n'en éprouve aucune sensation, et quelque soin que nous mettions dans l'examen de la partie, nous n'y pouvons saisir le moindre changement. A la fin de l'expérience, le gland est revenu sur lui-même; il est plus petit, décoloré, mou, froid, moins humide que d'habitude et presque insensible. Que s'est-il donc passé dans ces tissus? Comment définir l'état qu'ils présentent? A quelle cause faut-il rapporter les changements opérés en eux? Les thérapeutistes français n'y verront qu'un effet de l'astriction fibrillaire déterminée par l'action astringente du tannin se manifestant au contact de cette substance avec nos tissus. Cependant, en y songeant bien, ce spasme fibrillaire, cette contraction active, immédiate de nos tissus, ne saurait se comprendre en dehors des deux influences suivantes : ou bien, à l'occasion d'une cause irritante, agissant sur la fibre à laquelle elle communique momentanément une augmentation d'énergie, ou comme résultat d'une action chimique, modifiant son état moléculaire. Or, les propriétés irritantes si peu prononcées du tannin, ce qui ressortira mieux encore des expériences ultérieures, ne nous permettent pas d'admettre la première hypothèse; et, pour des motifs déjà indiqués, l'absence de toute action chimique de cette substance sur des tissus doués de vie ne nous autorise pas davantage à accepter la seconde. D'ailleurs, si l'état des parties soumises à l'action locale du tannin avait sa source dans la contraction de la fibre, ces parties devraient offrir une dureté, une résistance plus grande qu'à l'état normal; or, il n'en est rien; elles sont au contraires molles, flasques, dépourvues d'élasticité. Pour nous, nous ne saurions voir dans les résultats observés, qu'une

asthénie profonde, c'est-à-dire, un abaissement dans l'activité vitale de la partie, se manifestant par la diminution de la sensibilité locale, le ralentissement de la circulation capillaire, l'afflux moins considérable des fluides, et, par suite, le retrait de la fibre, comme effet de son élasticité normale, et la diminution de volume de la partie.

» *b) Usage interne.* — *3e Expérience.* Nous administrons à trois individus bien portants le tannin à l'intérieur, sous la forme pilulaire, depuis deux centigrammes jusqu'à dix, trois fois par jour, en augmentant tous les deux jours chaque prise d'un centigramme. Chez tous l'effet sur l'estomac est nul; l'appétit n'est point modifié; deux éprouvent de la constipation, le troisième conserve les selles naturelles. Du huitième au dixième jour il survient de la pâleur; les forces diminuent d'une manière sensible et progressive; le pouls perd de sa force et de son ampleur, tout en conservant sa fréquence. Dès le dixième jour de l'expérimentation, au moment où la quantité de tannin administrée s'élève à quinze centigrammes par jour, sa présence dans les urines est manifestement reconnue par les préparations ferriques.

» *c) Expériences sur les animaux.* — *4e Expérience.* Nous donnons à un lapin de force moyenne, quatre grammes de tannin en solution dans trente grammes d'eau bouillie; presque aussitôt l'animal paraît souffrant; après sept minutes, le train de derrière s'affaisse, se paralyse; bientôt l'animal se couche sur le côté; il est pris de convulsions et meurt onze minutes après l'ingestion du poison, au milieu d'un violent accès d'opisthotonos. L'examinant à l'instant, nous trouvons l'estomac rempli d'aliments, la muqueuse digestive saine dans toute son étendue, excepté à l'orifice cardiaque où nous découvrons deux petites plaques blanchâtres, superficielles; l'urine contenue dans la vessie ne se colore pas par les sels de fer; tous les autres organes sont sains; le sang examiné au microscope ne laisse rien voir de particulier.

» 5e *Expérience.* Nous injectons, le matin, dans l'estomac d'un lapin deux grammes de tannin; il n'en éprouve aucun effet; il conserve toute sa gaîté et se met à manger aussitôt après l'expérience; à midi et au soir nous répétons la même opération, sans plus de résultat. Huit jours après, l'animal est maigre et présente de la constipation; du reste il paraît gai et mange comme d'habitude; nous lui administrons de nouveau la même quantité de tannin, et nous abandonnons ensuite l'animal à lui-même pendant huit jours. Nous le trouvons alors dans un état de maigreur très-prononcé; il est abattu et mange peu. Pour la troisième fois, nous lui donnons six grammes de tannin en trois fois dans la journée. A partir de ce moment l'amaigrissement fait des progrès rapides, et l'animal meurt le dixième jour après la dernière expérience, et le vingt-sixième après la première : il avait pris dix-huit grammes de tannin. A l'autopsie, nous trouvons l'estomac fortement distendu par les aliments,

la muqueuse légèrement injectée, l'intestin grêle presque vide, le gros intestin rempli d'une matière homogène, verdâtre, collante, très-adhérente à la muqueuse, qui est pâle ainsi que celle de l'intestin grêle. Tous les organes d'ailleurs paraissent sains, le sang a conservé toute sa plasticité, et les globules n'ont subi aucune modification dans leur forme.

» 6e *Expérience.* Nous injectons, à midi, dans l'estomac d'un lapin de forte taille, quatre grammes de tannin en solution dans trente grammes d'eau. Presque aussitôt l'animal paraît souffrant, il reste en place; les parois abdominales se contractent violemment; après vingt minutes, il reprend sa gaîté et se met à brouter l'herbe. A trois heures nous le sacrifions, et nous trouvons la muqueuse parfaitement saine dans toute la longueur du tube digestif; les matières renfermées dans l'estomac noircissent abondamment par le sulfate de fer, et l'urine contenue dans la vessie prend, par le même réactif, l'aspect entièrement bleu-noirâtre de l'encre.

» 7e *Expérience.* Nous donnons à un lapin vigoureux, pendant dix jours, deux grammes de tannin par jour dans trente grammes d'eau bouillie, en trois reprises, le matin, à midi et le soir; l'animal conserve sa vivacité et continue à manger comme à l'ordinaire. Les trois jours suivants, nous doublons la dose de tannin, que nous administrons de la même manière, et dans la même quantité de liquide. Dès le deuxième jour, il paraît plus souffrant et mange moins; au bout de quinze jours, il a maigri, et est moins vif. De nouveau nous injectons dans l'estomac du même lapin deux grammes de tannin dans quinze grammes d'eau, toutes les heures, depuis huit heures du matin jusqu'à midi; il avait ainsi pris, depuis le commencement de l'expérimentation, quarante-deux grammes de tannin; à cinq heures nous le sacrifions, et nous constatons à l'autopsie la présence du tannin dans le contenu de toute la longueur de l'intestin grêle et de la première moitié du gros intestin; nous en trouvons aussi abondamment dans les urines; mais le sang, le foie, les poumons n'en décèlent pas la moindre trace; la muqueuse digestive ne présente, sur aucun point, ni traces d'inflammation, ni altérations d'aucune espèce. Les parois du ventricule ayant été divisées en plusieurs parties, nous appliquons sur la surface muqueuse de l'une d'elles une solution de sulfate de fer sans résultat; une deuxième portion, plongée dans une solution de tannin, se raccornit aussitôt, et acquiert, après quelques minutes, beaucoup de densité et de résistance; lavée ensuite à grandes eaux, elle noircit par le sulfate de fer. Deux autres parties, dont l'une a été plongée pendant dix minutes dans la solution tannique, sont abandonnées à elles-mêmes dans des vases séparés et ouverts au contact de l'air; le huitième jour, cette dernière est trouvée parfaitement intacte et l'autre dans un état avancé de putréfaction.

» Les expériences que nous venons de relater pourraient nous offrir

de nombreux sujets de réflexion, soit en ce qui concerne les différences essentielles qui existent dans les effets de certaines substances, suivant qu'elles agissent sur des tissus inertes, ou qu'elles portent leur action sur des tissus vivants; et nous pourrions, à cette occasion, faire ressortir toute la vanité des théories chimiques appliquées systématiquement à l'étude des médicaments sur l'économie; soit en ce qui regarde les doses considérables des substances toxiques qu'on peut faire passer à travers nos organes lorsqu'elles sont administrées à doses ménagées et successives, etc. Mais aborder ces questions diverses serait évidemment trop nous éloigner du but que nous nous sommes proposés en commençant ce travail, et nous devons nous borner, pour le moment, à tirer de ces expériences les conclusions suivantes, qui, seules, ont rapport à notre sujet :

» 1° Le tannin, en solution concentrée, appliqué sur les tissus vivants sains, y exerce une action hyposthénisante qui se manifeste par la décoloration et par la diminution de sensibilité et de rénitence de ces tissus;

» 2° Son action mécanique est presque nulle;

» 3° Ses effets chimiques ne s'exercent que sur les produits de sécrétion libre et peut-être aussi sur les couches les plus superficielles, et partant les moins vivantes, de l'épithélion; mais ils sont nuls sur les tissus doués de vie;

» 4° Pris à l'intérieur, à petites doses, il produit après un certain temps des effets hyposthénisants généraux;

« 5° A fortes doses, chez les animaux, il détermine, suivant l'élévation de celles-ci, ou bien un empoisonnement aigu, immédiat, se caractérisant par des symptômes d'hyposthénisation générale; ou bien un empoisonnement chronique, se manifestant par la perte lente et progressive des forces, une constipation opiniâtre, une maigreur excessive et la mort. Dans l'un et l'autre cas, il y a absence de lésions matérielles, et la cause de la mort ne peut être recherchée que dans l'épuisement des forces de la vie amené par l'action dynamique hyposthénisante du tannin. »

Le troisième paragraphe à pour titre : *Effets thérapeutiques*.

M. Hairion signale les diverses maladies dans lesquelles le tannin, ainsi que les divers remèdes dans lesquels cette substance est le principal agent actif, ont été recommandés, et de cet examen il conclut : qu'à part l'opinion de Pezzoni, qui attribue au tannin les mêmes propriétés qu'au quinquina, et celle de Cavarra, qui, outre son action *tannante,* lui reconnaît des vertus sédatives du système nerveux, le tannin est généralement considéré comme un astringent puissant. Cette opinion, il l'a, dit-il, partagée quelque

temps; mais, en examinant attentivement les phénomènes qui s'opèrent sous l'influence de cette substance, il a bientôt reconnu que les effets qu'elle produit ne sauraient être considérés comme dépendants d'une astriction fibrillaire, comme un résultat de son action immédiate, mécanico-chimique sur nos tissus. En poussant ses investigations plus loin, il a acquis la preuve que le mot *astringence* n'a pas dans les livres classiques de valeur précise, déterminée, et que les thérapeutistes ne s'entendent guère, ni sur le mode d'action des astringents, ni sur le nombre des agents qui méritent cette dénomination, ni sur les maladies dans lesquelles ils peuvent être utiles. Cependant, l'opinion dominante aujourd'hui est celle des médecins français, qui accordent aux astringents la double propriété de produire le resserrement des tissus et en même temps de les tonifier.

M. Hairion combat cette manière de voir.

« Partis, dit-il, de cette idée que les écoulements muqueux sont entretenus par le relâchement des tissus, et trouvant dans les astringents un moyen de les combattre, les médecins en ont conclu que ces agents ont la propriété de produire un resserrement fibrillaire, une tonicité qui efface les diamètres des interstices organiques au point d'expulser les liquides, d'y tarir les exhalations. Cependant, si l'on examine les muqueuses d'où procèdent ces écoulements, on les trouve rouges, tuméfiées, chaudes, plus sensibles que dans l'état normal; on y constate, en un mot, les signes les moins équivoques d'un état inflammatoire et d'un accroissement local de vitalité. D'un autre côté, et de l'aveu même de ces thérapeutistes, le premier effet qui résulte du contact de ces substances avec la muqueuse est une excitation locale, qui se traduit par de la douleur et par une augmentation de l'afflux sanguin. Si donc, plus tard, il se manifeste une diminution dans les symptômes inflammatoires, c'est là un effet consécutif, dont il faut rechercher la cause ailleurs que dans un resserrement fibrillaire actif, lequel, dépendant de l'action mécanico-chimique du remède, doit se produire immédiatement, au moment où l'agent astringent est déposé à la surface des tissus. »

L'auteur arrive ensuite à l'exposition des faits qui lui ont servi à formuler son opinion sur l'action thérapeutique du tannin.

« *a*) L'application d'une solution concentrée de tannin sur une conjonctive enflammée donne lieu à deux ordres d'effets : à des effets immédiats et à des effets consécutifs. Les premiers dépendent de l'effet mécanico-chimique du remède, ce sont : la coagulation instantanée de tous les produits de sécrétion de nature albumineuse (mucus, pus, lymphe plasti-

que); une sensation de sécheresse, de corps étrangers roulant sous la paupière, un trouble passager de la vue, un accroissement momentané de la turgescence sanguine, et quelquefois un peu de douleur.

» b) Nous donnons le tannin à l'intérieur à quatre malades appartenant à l'Institut ophthalmique; trois sont affectés de granulations palpébrales anciennes, compliquées de congestion des membranes internes, particulièrement de la choroïde; le quatrième présente un leucôme simple, sans travail inflammatoire ni complication d'aucune espèce; ce dernier avait les évacuations alvines régulières, tandis que les trois premiers se trouvaient dans un état de constipation plus ou moins marqué ; tous, d'ailleurs, sont soumis au même régime alimentaire. Le tannin est donné en pilules de deux centigrammes et demi, d'abord une, soir et matin, et puis, successivement, en augmentant d'une pilule tous les jours, le nombre en est porté à dix, ce qui répond à vingt-cinq centigrammes de tannin par jour. Voici les symptômes que nous observons: du côté de l'estomac, l'effet est complétement nul; les selles deviennent libres chez les malades qui offraient de la constipation; l'un d'eux, même, a pendant plusieurs jours trois à quatre selles par vingt-quatre heures; le quatrième malade éprouve de la constipation; il se plaint d'un peu d'affaiblissement, tandis que les autres semblent, au contraire, gagner en force et en agilité. Il survient chez ceux-ci une amélioration notable dans l'état inflammatoire et congestif des yeux. L'urine recueillie le matin, dans les derniers jours de l'expérimentation, prend une légère teinte noirâtre par le sulfate de fer. Des résultats si contradictoires en apparence, obtenus par l'administration du tannin à l'intérieur, étaient bien faits pour nous étonner. Pourquoi, en effet, ce sentiment de force d'une part et d'affaiblissement de l'autre? Pourquoi de la constipation chez l'un, de la diarrhée chez l'autre ? En voici l'explication : ces effets si variés, si divers, si opposés qu'ils paraissent, procèdent tous néanmoins d'une action unique, identique dans tous les cas : de l action hyposthénisante du remède employé. Les trois premiers malades présentaient cet état des membranes internes de l'œil que les médecins allemands ont appelé ophthalmie abdominale, et dont ils rattachent la cause, l'origine, à un état de congestion, de turgescence des organes abdominaux, ou, si l'on veut, à la pléthore abdominale, état que l'existence d'une constipation opiniâtre rendait manifeste chez tous nos malades; or, le tannin, en combattant cette disposition par ses propriétés hyposthénisantes, a ramené les évacuations alvines à l'état normal chez deux malades, et a laissé persister chez le troisième ce degré plus léger d'irritation, auquel on a donné le nom d'irritation sécrétoire, et qui se traduit, lorsqu'il existe dans le tube intestinal, par des selles plus fréquentes et plus liquides. La constipation observée chez le quatrième malade, dont les organes digestifs étaient parfaitement sains, vient de ce que l'effet hypo-

thénisant du remède, en portant l'activité intestinale au dessous de l'état normal, a rendu le mouvement péristaltique moins énergique et la sécrétion de la muqueuse moins abondante. Enfin ce même malade a vu ses forces diminuer, son pouls perdre de sa fréquence, de sa rénitence et de sa plénitude, pour des motifs analogues; tandis que chez les premiers, l'action hyposthénisante du médicament ayant été uniquement employée à combattre l'éréthisme général qui enchaînait les forces, celles-ci ont pu paraître accrues aux malades, bien qu'en fait elles n'aient été que rendues libres. De ces considérations sur l'effet thérapeutique du tannin, nous tirons les conclusions suivantes:

» 1° Le tannin, mis en contact avec une conjonctive enflammée, produit instantanément la coagulation des fluides albumineux dont elle se trouve lubrifiée.

» 2° En même temps, à l'instar des autres substances dites astringentes, mais à un degré moins avancé qu'aucune d'elles, il y occasionne un accroissement passager de l'irritation.

» 3° Vient ensuite une amélioration dans les symptômes inflammatoires et dans l'état de sensibilité locale. C'est là un effet consécutif, indépendant de l'effet physique, et qui provient de l'action dynamique hyposthénisante du remède.

« 4° Pris à l'intérieur, à la dose de quelques centigrammes, on ne tarde pas à remarquer des résultats généraux de son action hyposthénisante.

« 5° Le motif qui fait que le sang cesse d'affluer dans la partie enflammée soumise à l'action du tannin, n'est point, comme le prétendent si gratuitement les thérapeutistes français, une cause purement mécanique, une contraction de la trame organique, qui chasse ce liquide d'abord et empêche ensuite son retour; la seule cause rationnelle que l'on puisse invoquer pour expliquer ce résulsat, c'est l'action hyposthénisante du remède, laquelle, en abaissant l'exaltation vitale de la partie, détruit la cause qui y appelait le sang plus abondamment, et les tissus, cessant d'être gorgés, reviennent sur eux-mêmes, en raison de leur élasticité naturelle; en sorte que ce mouvement de retrait de leur part est un effet et non une cause de la cessation de l'inflammation, ce qui est bien différent.

» 6° En ophthalmologie, le tannin est susceptible de nombreuses applications. Le peu d'irritation qu'il produit dans son contact avec les tissus enflammés, comparativement à celle qu'y déterminent les autres topiques astringents, lui assurent dans ce genre d'affection une supériorité d'action incontestable sur ces derniers. »

Traitant de l'*application de la médication tannique en ophthalmologie*, M. Hairion déduit les avantages qu'on peut retirer des préparations tanniques dans les affections oculaires :

De l'action hyposthénisante locale de ce remède, action qui s'exerce en même temps sur le système nerveux et sur le système vasculaire, ce qui rend son emploi également précieux et dans les maladies inflammatoires et dans celles qui se caractérisent par une exaltation de sensibilité;

De ses propriétés coagulantes, dont il tire profit, *a*) dans les ulcères de la cornée, pour solidifier, condenser la lymphe plastique qui en recouvre la surface; soustraire celle-ci au contact de l'air et accélérer ainsi le travail de réparation; *b*) dans le ramollissement ou le défaut de résistance de cette membrane, pour en raffermir les tissus, en prévenir la propulsion ou la déchirure; *c*) enfin, dans les écoulements mucoso-purulents, pour en détruire sur place les propriétés irritantes, corrosives, ou pour empêcher les effets fâcheux de la dissémination.

3° En outre, le tannin pris à l'intérieur jouit également de propriétés hyposthénisantes très-remarquables, dont il croit qu'on pourrait tirer bon parti en ophthalmologie. Cependant, son expérience à cet égard ne lui permet pas d'émettre actuellement encore une opinion suffisamment fondée.

Les affections oculaires dans lesquelles l'auteur dit avoir obtenu les effets les plus remarquables du tannin sont : 1° les ophthalmies purulentes aiguës, les blennorrhées chroniques, l'ophthalmie catarrhale, la conjonctivite lymphatique, la blépharite ulcéreuse, etc.; 2° les ulcères de la cornée, les kératites vasculaires et le pannus; 3° l'ophthalmie photophobique; 4° les granulations palpébrales, etc.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. Hairion dans les considérations pratiques qu'il émet à l'occasion du traitement de ces diverses maladies. Voici comment il s'exprime sur les avantages qu'il a obtenus du tannin dans le service des ophthalmiques, dont la direction lui est confiée :

« Naguère encore, dit-il, l'Institut ophthalmique présentait un spectacle douloureux à voir : là se trouvaient réunis soixante à quatre-vingts malades, atteints d'altérations graves de l'œil, souffrant pour la plupart de photophobie, marchant la tête penchée sur la poitrine, les paupières spasmodiquement rapprochées, les yeux ombragés par une visière, fuyant la lumière, pâles, amaigris, les traits contractés et peignant la douleur; aujourd'hui, grâce à la médication tannique, hyposthénisante, que nous avons substituée aux médications irritantes et caustiques dans le traitement de la plupart de ces altérations, cet aspect est complétement changé.

Au moment où nous écrivons ces lignes, l'établissement renferme soixante et douze ophthalmiques dont un seul est photophobe. Les avantages qui résultent de ces changements sont nombreux : les malades peuvent passer une grande partie de la journée en plein air, s'y promener, s'y livrer à divers jeux, à certains exercices gymnastiques ; aussi, ne remarquons-nous plus qu'exceptionnellement parmi eux cet état d'étiolement, de pâleur, de bouffissure, de relâchement des tissus, d'épuisement de la constitution, qui forme toujours une complication extrêmement fâcheuse dans le traitement des maladies oculaires. »

Plus loin l'auteur, qui a soumis un certain nombre de malades atteints de granulations palpébrales à l'usage exclusif des applications tanniques, apprécie, de la manière suivante, les résultats de cette médication :

« Le traitement des granulations par le tannin présente, sur tous ceux qui ont été précédemment employés ou qui le sont encore aujourd'hui, de nombreux avantages. Il n'occasionne ni douleurs, ni réactions vives; son application, exempte de tout inconvénient, est extrêmement simple et ne nécessite jamais ni le renversement de la paupière, ni l'usage douloureux d'instruments, pour rendre accessibles à l'action du modificateur employé les replis reculés de la muqueuse; les préparations tanniques ont l'avantage encore de produire immédiatement la coagulation des produits mucoso-purulents, d'en diminuer ou d'en supprimer même plus ou moins complétement la sécrétion, et partant de mettre obstacle, sinon empêchement absolu, à la reproduction de la maladie sur place et à sa diffusion. *Jamais enfin il n'y a, par le fait même du traitement, interruption dans les occupations des malades qui y sont soumis.* Les avantages qu'on peut retirer de la propriété coagulante du tannin, dans les hôpitaux, les prisons, les casernes, partout enfin où se trouvent réunis un certain nombre d'individus affectés de granulations palpébrales ou de toute autre ophthalmie contagieuse, sont incalculables. »

Cependant, quelque confiance que lui inspire l'usage des préparations tanniques dans le traitement de l'ophthalmie granuleuse, il a recours concurremment à d'autres moyens, toutes les fois qu'ils lui paraissent indiqués.

« En résumé, dit-il, comme base du traitement topique, le mucilage tannique; comme auxiliaires, dans certains cas, le sulfate de cuivre en crayon et la solution concentrée de nitrate d'argent ; à l'intérieur, la médication altérante et les dérivatifs sur le tube digestif, l'éloignement de toutes complications, une bonne hygiène enfin; tel est le traitement à la fois simple, rationnel, sans inconvénients, que nous avons employé depuis plus de huit mois contre l'ophthalmie granuleuse de l'armée avec

un succès que nous n'avions jamais obtenu d'aucune autre médication.

» Nous n'avons parlé jusqu'ici que du traitement des granulations vésiculeuses dans leurs diverses périodes d'évolution. La médication tannique, comme traitement local, est appliquée, avec un résultat plus satisfaisant encore, dans les granulations *papillaires* formées par l'engorgement du corps papillaire de la conjonctive palpébrale; dans les granulations cellulo-vasculaires ou charnues, quel qu'en soit le point de départ; enfin dans les *granulations medulaires* récentes, ramollies ou ulcérées. Mais les succès les plus éclatants que nous ayons obtenus de la médication tannique, c'est sans contredit dans le traitement des blennorrhées chroniques, compliquées de granulations de nature diverse, d'ulcération de la conjonctive, de dénudation avec ramollissement et érosion du cartilage tarse, etc. Nous avons vu quelquefois ces altérations, si rebelles à toute autre médication, céder avec une étonnante rapidité à l'usage du tannin. »

M. Hairion rejette du traitement des granulations : l'excision de la conjonctive, les collyres en instillations, les pommades, les cautérisations par le nitrate d'argent solide, et l'acétate neutre de plomb en poudre ; voici ses motifs :

« *a*) L'excision de la conjonctive et l'ébarbement des granulations sont rarement utiles, jamais indispensables au succès; ces opérations sont au contraire souvent nuisibles, parce qu'elles aggravent les symptômes inflammatoires et donnent lieu à la formation de brides et de cicatrices.

» *b*) Les collyres instillés dans l'œil n'exercent qu'une action passagère, inefficace, dangereuse par les réactions vives et répétées qu'ils y provoquent; en application sur les paupières, ils n'ont pas cet inconvénient, il est vrai, mais leur action est insuffisante; dans l'un et dans l'autre cas ils méritent peu de confiance.

» *c*) Quelque habileté que l'on ait acquise dans le maniement du nitrate d'argent en crayon, on ne peut toujours éviter ni des inflammations violentes, ni la destruction de la conjonctive, dont nous avons signalé ailleurs tous les dangers. Depuis bientôt dix ans nous l'avons entièrement proscrit de notre pratique, et nous l'avons remplacé par la solution concentrée de cette même substance que nous employons comme moyen modificateur, résolutif, hyposthénisant, et non comme agent caustique, désorganisateur; encore l'usage que nous en faisons est-il fort restreint depuis que nous employons les collyres tanniques. »

On a reproché à la solution concentrée de nitrate d'argent d'être plus lente dans ses effets que le nitrate d'argent solide, et de déterminer des gaufrures sur les points de la conjonctive qui en ont subi l'influence.

« Le premier reproche, dit notre auteur, est une simple assertion que

nous ne croyons pas même bien sérieuse, tant elle s'éloigne de ce que nous avons observé dans notre pratique. L'explication donnée par M. le professeur Chomel de la formation de plaques gaufrées, à la suite de la cautérisation des granulations du col de la matrice par le nitrate acide de mercure, est très-ingénieuse, et nous nous inclinons devant l'autorité imposante d'où elle émane; mais les conclusions qu'a cru pouvoir en tirer M. le docteur Decondé ne sont rien moins que rigoureuses. De ce que le nitrate acide de mercure, appliqué sur les granulations du col de la matrice, produit une cicatrisation réticulaire, s'ensuit-il nécessairement que le nitrate d'argent en solution, appliqué sur une conjonctive palpébrale recouverte de *granulations vésiculeuses*, altération organique bien différente de celle que constituent les granulations du col utérin, doive être suivi de résultats analogues? Nullement; d'ailleurs, la solution de nitrate d'argent ne devant pas être employée dans le but de cautériser la muqueuse, mais de la modifier, non de détruire les granulations, mais d'en obtenir la résolution, et ce résultat pouvant être obtenu sûrement lorsqu'on se conforme aux règles que nous avons tracées dans nos *Nouvelles Considérations pratiques sur le traitement de l'ophthalmie de l'armée*, il s'ensuit, de deux choses l'une, ou que les faits annoncés par M. le docteur Decondé sont les conséquences de cautérisations mal faites, ou que celles-ci ont été employées pour combattre des granulations, non plus vésiculeuses, mais végétantes. Pour nous, qui avons expérimenté ce remède pendant plusieurs années sur une vaste échelle, nous n'avons jamais vu survenir l'accident signalé, lorsque nous avons eu à traiter des granulations vésiculeuses, avant leur transformation fibro-plastique ou charnue; mais dans ce dernier cas, il y a destruction de tissu, et quel que soit le traitement auquel on ait recours, la formation de cicatrices ne saurait être évitée. »

Quant à l'acétate de plomb en poudre, M. Hairion le considère comme un remède *infidèle*, « car dans un nombre de cas donnés, parfaitement identiques en apparence, il guérit, aggrave le mal, ou détermine des accidents plus ou moins sérieux, sans que l'on puisse saisir les motifs de cette différence des résultats obtenus »; *empirique*, parce que l'on manque jusqu'ici de données qui permettent d'apprécier son mode d'action, de saisir les motifs de ses succès et de ses insuccès, de mesurer l'étendue de ses effets, ou d'en prévoir la nature et les résultats; *dangereux*, enfin, parce que l'acétate neutre de plomb n'est exempt d'aucun des dangers reconnus au nitrate d'argent solide, et qu'il en a, en outre, qui lui sont propres. Il peut produire des brides et des cicatrices vicieuses dans la conjonctive, et donner lieu à des incrustations

indélébiles dans la cornée transparente; souvent, son application est suivie de réactions fâcheuses, tantôt violentes et plus ou moins promptement désorganisatrices; d'autres fois moins vives, mais extrêmement opiniâtres et non moins fréquemment funestes dans leurs conséquences; ces accidents sont d'autant plus à craindre et difficiles à combattre, que la cause qui les a déterminés, l'infiltration de la conjonctive par un corps étranger irritant, caustique même, ne peut être enlevée (1).

On se tromperait étrangement toutefois, ajoute-t-il, si l'on pensait qu'il refuse toute efficacité au traitement par l'acétate de plomb; des faits nombreux d'ailleurs seraient là pour démontrer son erreur. Dans certains cas, ce traitement guérit, et guérit même assez promptement; mais lorsqu'il demande à la méthode nouvelle la cause de ses guérisons, ou lorsqu'il recherche dans les écrits qui ont été publiés sur la matière quelques indications pour l'éclairer, le guider dans ses applications, il ne trouve rien. Que si la méthode était dépourvue d'inconvénients et de dangers, il n'attacherait pas infiniment d'importance à connaître le secret de ses guérisons; il se garderait bien surtout de subordonner sa conduite à cette connaissance, et il l'accepterait franchement. Mais en présence de ses dangers, aussi impossibles à prévoir que difficiles à combattre, il croit devoir, quant à présent, la bannir de sa pratique. Vienne le jour où on lui démontrera ses avantages sur les autres traitements, dans certains cas bien définis, bien déterminés, et il s'empressera de l'adopter.

Nous sommes ici simples narrateurs; nous n'avons donc pas à dire jusqu'à quel point nous approuvons ou improuvons les raisons fournies par M. Hairion. L'espace nous manque d'ailleurs pour exposer notre sentiment à ce sujet.

(1) « Lorsqu'on examine à l'œil nu une conjonctive qui a été traitée par l'acétate neutre de plomb, on remarque à sa surface et dans son épaisseur un pointillé, ou bien des traînées, des plaques, ou même une couche plus ou moins épaisse d'un gris sale tirant sur le jaune. Soumis aux réactifs des préparations de plomb, des lambeaux de ces tissus ont fourni des quantités très-notables de ce métal. M. Eymael, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Louvain, qui a bien voulu s'occuper de quelques analyses de ce genre, en a découvert même dans des portions très-minimes de conjonctive. Quant à la question de savoir si le plomb se trouve dans nos tissus à l'état d'albuminate ou de carbonate, c'est là un point qu'il importe assez peu au médecin praticien de connaître et dont nous abandonnons la solution aux chimistes expérimentés. » (Note de M. Hairion.)

L'auteur consacre deux paragraphes de son mémoire à l'examen du mode d'administration des préparations tanniques, de leurs indications et de leurs contre-indications. L'intérêt que présentent les détails pratiques dans lesquels il entre à ce sujet, et l'impossibilité, en quelque sorte, d'en donner l'analyse, nous engagent à les reproduire textuellement.

« *Mode d'administration*. Il est incontestable que la valeur d'une médication quelconque réside en grande partie dans la manière de la mettre en pratique, et que l'explication des résultats si différents qu'on en retire, des succès obtenus par les uns, des revers essuyés par d'autres, dépend très-souvent du *modus faciendi*. Il est donc très-important, lorsqu'il s'agit d'une médication nouvelle, que le médecin ait des idées bien arrêtées sur tout ce qui est relatif au choix des préparations, aux doses auxquelles on doit les employer et au mode d'application.

» *a*) *Choix des préparations*. Le tannin employé par nous est le tannin de la noix de galle, obtenu par le procédé de Pelouse.

» Nous l'avons employé en poudre, en pommade, en solution aqueuse, et en solution dans un mucilage.

» Les effets curatifs du tannin, si nous en exceptons les effets qu'on en retire comme coagulant, reposent entièrement sur son action dynamique; et comme celle-ci ne se manifeste qu'après l'absorption du remède, il s'ensuit que la préparation à laquelle on donnera la préférence, sera celle qui favorisera le plus cette absorption, c'est-à-dire, celle dans laquelle le tannin se trouvera à l'état de solution, et dont le contact avec la partie malade produira le moins de réaction et sera le plus prolongé.

» La *poudre*, administrée par insufflation ou d'après le procédé mis en usage pour l'application de l'acétate neutre de plomb pulvérisé, est de toutes les préparations tanniques celle qui offre le moins d'avantages. Quelque soin qu'on mette à sa préparation, il est difficile de l'obtenir à l'état impalpable; il en résulte que les parties dures qu'elle renferme, mises en contact avec la conjonctive, y déterminent parfois des irritations très-vives.

» Nous adressons le même reproche à la *pommade* préparée par l'incorporation de la poudre dans l'axonge, ainsi qu'au mucilage tenant en suspension un tannin impur finement pulvérisé, dont Burkard Eble s'est servi dans ses expériences. Le même inconvénient n'existe plus pour la pommade si l'on fait préalablement dissoudre le tannin dans l'eau avant de le mêler à l'axonge; ainsi préparée, la pommade a même sur la solution aqueuse le double avantage d'être moins irritante et de séjourner plus longtemps sur la conjonctive; mais elle le cède, sous ce double rapport, comme nous le verrons plus loin, au mucilage tannique que

nous employons. La *solution aqueuse* peut être légère, forte, saturée, celle-ci contient un sixième environ de son poids de tannin. A dose plus élevée, l'excès de cette substance se précipite au fond du vase sous forme de magma grisâtre et onctueux. La solution tannique noircit au contact de l'air; cependant, ce changement de coloration ne paraît pas altérer sensiblement ses propriétés thérapeutiques. Lorsqu'on a employé à sa préparation des produits bien purs et qu'on a soin de la soustraire au contact des matières organiques, elle peut conserver toute sa limpidité pendant plusieurs mois; mais à la longue elle finit par s'altérer; le tannin subit une espèce de putréfaction, et des champignons s'y développent et s'y multiplient avec une étonnante rapidité. Nous avons conservé dans toute sa limpidité, pendant cinq mois, une solution de tannin au 1/7e dans une bouteille non bouchée; le liquide a pris seulement une légère teinte jaune-brunâtre et on remarquait sur le fond de la fiole quelques rares cristaux d'acide gallique. Un inconvénient commun à toutes les solutions tanniques aqueuses, faibles ou concentrées, de même qu'au magma, c'est-à-dire, au tannin délayé dans l'eau jusqu'à consistance d'extrait liquide, c'est leur contact trop passager avec les muqueuses de l'œil; il y a de plus, de la part des premières, insuffisance d'action dans la plupart des cas, et, de la part des secondes, action irritante, parfois assez prolongée pour nuire à l'efficacité du remède.

» Le *mucilage tannique* dont nous faisons usage réunit au plus haut point toutes les conditions qui favorisent l'absorption du principe actif et en développent les propriétés curatives, sans avoir au même degré que les préparations précédentes, aucun des inconvénients que nous leur avons reconnus.

» Le mucilage tannique, quoique contenant un septième de son poids de substance médicamenteuse, produit cependant souvent moins d'irritation qu'une solution aqueuse beaucoup moins chargée : on conçoit aisément la cause de cette différence; dans la solution aqueuse, toute l'activité de la quantité de tannin mise en contact avec les tissus malades, s'exerce actuellement et s'épuise à l'instant; tandis que, sous la forme de mucilage, l'action du tannin s'effectue d'une manière lente et successive. D'un autre côté, le contact du mucilage avec la muqueuse oculaire pouvant se prolonger beaucoup plus longtemps que pour aucune des préparations précédentes, voire même pour la pommade que la chaleur des parties fluidifie rapidement, l'absorption du principe actif est rendue par là plus facile, plus complète, et partant les effets hyposthénisants en sont plus marqués. L'observation suivante prouvera ce que nous avançons et démontrera, en outre, combien est grande parfois l'influence que peut avoir le mode de préparation d'un agent thérapeutique sur son effet curatif. Tous ceux qui ont fait usage du tannin en poudre, en solution plus ou moins concentrée, ou en pommade, en ont proclamé l'inefficacité

contre les granulations vésiculeuses. Nous étions arrivés à des résultats à peu près analogues dans nos premiers essais; mais depuis que nous employons le mucilage tannique, nous avons vu souvent ces *produits morbides*, à tous les degrés de développement, céder à l'usage exclusif de ce topique.

» b) *Doses et mode de préparation.* — « Ce qui rend un médicament
» précieux, en dehors de la haute action curative qu'il peut posséder et
» surtout lorsque ce médicament est applicable au traitement d'un grand
» nombre de maladies, c'est la similitude de ses préparations pharma-
» ceutiques et de sa posologie dans ses diverses applications. »(Dorvault.)
Cette heureuse condition caractérise éminemment la médication tannique; la même forme pharmaceutique, les mêmes doses conviennent à la fois dans les diverses maladies oculaires. Depuis plusieurs mois, en effet, nous avons fait usage exclusivement du mucilage tannique, et il nous a paru parfaitement adapté aux nombreux cas qui se sont offerts à notre observation et répondre à toutes les indications.

« En voici la formule :

R. Tannin pur 5 grammes.
Eau distillée 20 —.
Faites dissoudre dans un mortier et ajoutez :
Gomme arabique 40 grammes.
Mêlez exactement et passez à travers un linge.

» Ainsi préparé, le *mucilage tannique* est d'un aspect grisâtre, homogène, onctueux, et de consistance syrupeuse.

» Ayant entièrement abandonné l'emploi du tannin en poudre et sous forme de pommade, nous nous trouvons dispensé d'en donner ici le mode de préparation.

» Pour préparer la solution aqueuse, on fait dissoudre du tannin bien pur dans de l'eau distillée ou bouillie, on fait passer la solution à travers un linge et on la conserve dans une bouteille bouchée, en évitant tout contact avec des matières organiques. La quantité de tannin varie, depuis 1/120 que contiennent les collyres astringents des auteurs, 1/80 et 1/20 qui constituent les collyres à haute dose (*Ann. d'Oculistique*, t. XXIV, pp. 121 et 201), jusqu'à 1/7 environ qui forme la solution saturée dont nous faisons usage.

» c) *Mode d'application.* — Pour appliquer le mucilage tannique, il suffit d'abaisser la paupière inférieure et d'en toucher la face interne avec un pinceau mou, trempé dans ce topique; le malade tient un instant les paupières rapprochées et pratique quelques frictions avec le doigt sur la paupière supérieure, de manière à étendre uniformément le mucilage sur toute la surface de la muqueuse oculo-palpébrale.

» Pour des motifs déjà signalés, nous avons généralement abandonné

l'emploi des solutions aqueuses, faibles ou plus ou moins concentrées, en instillation dans l'œil. Mais nous croyons qu'une solution faible au 1/100, par exemple, appliquée en fomentation sur les paupières, peut être utile dans les ophthalmies aiguës. Dans les cas de lésions limitées de la cornée ou de la conjonctive, par exemple : dans la conjonctivite lymphatique et la kératite ulcéreuse, on peut substituer, au mucilage tannique, la solution concentrée qu'on applique au moyen d'un pinceau fin, comme cela se pratique dans les cautérisations des ulcères kératiques par la solution de nitrate d'argent. On voit donc que la médication tannique en ophthalmologie se résume en quelque sorte dans l'emploi du *mucilage tannique* suivant le procédé indiqué plus haut.

» *Indications et contre-indications.* — Déjà nous avons dans les paragraphes précédents posé les bases de la médication tannique, et indiqué les cas qui en réclament l'emploi. Nous avons vu que le tannin est en même temps un hyposthénisant dont l'action s'exerce sur les systèmes vasculaire et nerveux, et un coagulant dont l'effet se borne aux produits de sécrétion et aux couches les plus superficielles de l'épithélion. Comme hyposthénisant, il est indiqué dans tous les états morbides des membranes externes de l'œil caractérisés par l'hypersthénie sanguine ou nerveuse ; comme coagulant, il est employé avec infiniment d'avantages, soit pour détruire sur place les propriétés irritantes, corrosives ou contagieuses des produits sécrétés par la muqueuse, soit pour prévenir ou pour combattre le ramollissement de la cornée, soit enfin pour recouvrir les ulcérations kératiques ou autres d'une membrane protectrice et accélérer ainsi leur guérison.

» Quelle que soit l'inflammation des tissus sur lesquels on applique le mucilage au tannin, nous avons rencontré peu de cas où son contact n'ait pas été toléré d'emblée. Le cas échéant, il faudrait en suspendre aussitôt l'usage pour le reprendre quelques jours après.

» Quant à son degré d'efficacité, le mucilage tannique n'est point un remède infaillible, mais nous le considérons comme bien supérieur à tous les topiques qui ont été successivement vantés contre les diverses lésions dans lesquelles nous en avons recommandé l'usage. Il ne faut pas toutefois se faire illusion, et croire qu'il suffise, quand ces états morbides se présentent, d'employer le collyre tannique pour les voir disparaître. Non, sans doute : quelque avantages qu'ait ce topique, son action ne saurait dispenser le médecin de recourir aux moyens propres à remplir les indications qui peuvent surgir de l'intensité du mal, de sa durée, de ses causes, de ses complications, de l'état du sujet, etc., etc. »

Régime hygiénique. — M. Hairion considère l'application convenable des lois de l'hygiène comme devant former le complément indispensable du traitement thérapeutique. Il attache, dit-il, à

cette partie du traitement des maladies oculaires une importance beaucoup plus grande qu'on ne semble généralement lui accorder. Il entre à ce sujet dans quelques considérations générales que nous croyons inutile de reproduire ici.

Nous terminons ce compte-rendu par le résumé que donne l'auteur de la partie de son travail relative à l'action thérapeutique du tannin dans les affections oculaires :

« 1° Nous ne connaissons point d'agent thérapeutique aussi généralement efficace dans les ulcères de la cornée, la kératite vasculaire, la blennorrhée chronique et le pannus que le mucilage tannique ;

» 2° Aucun des topiques préconisés jusqu'ici contre l'ophthalmie de l'armée n'arrête plus promptement et plus complétement la sécrétion de la conjonctive, et ne met par là plus sûrement obstacle à la reproduction de la maladie sur place et à sa diffusion.

» 3° Seul ou combiné, en certains cas, avec quelques-uns des moyens locaux actuellement en usage contre cette madadie, dans les limites qui rendent leur application sans danger; aidé, en outre, d'un traitement général convenablement administré, il nous paraît appelé à donner des résultats auxquels nul traitement n'est arrivé jusqu'ici;

» 5° *Son usage est exempt de tout danger, de tout inconvénient ;*

» 6° Malgré ces avantages, le mucilage tannique n'est point un spécifique absolu, applicable à tous les cas, guérissant toujours, infaillible en un mot; cette médication a ses limites, elle est subordonnée à certaines règles; elle n'exclut pas l'emploi d'autres moyens; son application enfin ne dispense pas d'être médecin. »

Dans un dernier paragraphe, l'auteur rapporte brièvement vingt observations relatives aux diverses catégories d'affections oculaires dans lesquelles il préconise la médication tannique.

INSTITUT OPHTHALMIQUE DE LA PROVINCE DE HAINAUT,

Sous la direction de M. Stiévenart.

Compte-rendu pour l'année 1851 (*).

« Le nombre des malades traités à l'Institut ophthalmique provincial, qui avait été de 216 en 1850, a été en 1851 de 229, dont

(*) Extrait de l'*Exposé de la situation administrative de la province de Hainaut,* pour l'année 1851.

127 hommes et 102 femmes. En voici le relevé d'après la nature de leurs affections avec l'indication des résultats obtenus :

NATURE DES AFFECTIONS.	NOMBRE DES MALADES					Total.
	Guéris complétement et voyant bien.	Dont l'état s'est sensiblement amélioré.	Voyant pour se conduire.	Restés dans le même état.	Restant en traitement au 1er janvier 1852.	
Cécité complète	34	»	12	7	6	59
Cécité presque complète.	50	»	12	3	5	70
Affections diverses qui ont affaibli la vue . .	57	11	»	1	11	80
Perte d'un œil	14	3	»	1	2	20
Totaux.	155	14	24	12	24	229

» La majeure partie des maladies oculaires dont ces 229 individus se trouvaient atteints, étaient graves et invétérées et en grande partie produites et entretenues par le vice scrofuleux, la misère ou la négligence.

» L'ophthalmie militaire s'est montrée dans la proportion de un huitième environ du nombre total des malades.

» Il a été opéré 22 cataractes dont 19 suivies de succès plus ou moins complet, 2 sans résultats. Un malade de cette catégorie restait en traitement au 1er janvier 1852. Deux pupilles artificielles ont été pratiquées avec un succès complet.

» Les autres opérations ont été nécessitées par deux fistules lacrymales, 8 entropions, 2 staphylômes, 4 ptérygions et quelques autres cas de moindre importance.

» Le nombre des malades payants a été de 16, dont 5 français. Depuis la promulgation de la loi du 12 avril 1851, les indigents qui se rendent à l'Institut ophthalmique provincial ou qui en sortent, ne peuvent plus être transportés gratuitement par les chemins de fer de l'État, comme cela avait lieu précédemment.

» Mais, ensuite des démarches de l'autorité provinciale, M. le Ministre des Travaux Publics a décidé qu'il serait accordé une

remise de 50 p. °/₀ sur les prix des tarifs à ces malheureux, moyennant la production de quelques pièces destinées à prévenir tout abus.

» Des malades dont l'état présente des chances presque certaines de guérison, hésitent parfois à se rendre à l'Institut à cause de la longueur du voyage et des frais qu'il peut occasionner.

» C'est dans le but de parer à cet inconvénient que la réduction accordée par le département des travaux publics a été sollicitée.

» Malgré cet avantage, dont les communes profitent, il est encore des administrations communales qui comprennent mal leurs propres intérêts, et qui, guidées par la crainte de trop surcharger la caisse des pauvres, apportent certaines entraves à l'envoi à cet établissement des indigents atteints de maladies oculaires.

» Plusieurs fois déjà, M. le Gouverneur a blâmé sévèrement, par la voie du *Mémorial administratif,* cette manière d'agir vraiment inconcevable.

» Des secours annuels sont accordés par le département de la justice à 48 individus de la province atteints d'ophthalmie militaire, et qui n'ont pu obtenir de pension sur le budget du département de la guerre.

» Ces secours, dont la distribution est confiée aux bureaux de bienfaisance, s'élèvent en totalité à la somme de 5,800 francs. En 1846 nous avions, ensuite d'une résolution du Conseil provincial, adressé à M. le Ministre de la Justice des observations tendant à obtenir que l'État prît à sa charge une partie de la dépense occasionnée à la province par l'Institut ophthalmique, ou du moins qu'il nous accordât un subside proportionné aux sacrifices que la province n'a cessé de faire pour cet utile établissement. Nos démarches n'avaient pu être suivies d'une décision favorable. Nous avons appris néanmoins que l'Institut du Brabant, ou bien les communes dont les indigents avaient été traités à cet établissement comme atteints d'opthalmie militaire, ont obtenu du Gouvernement des subsides assez élevés. Nous avons cru que cette circonstance pouvait être invoquée à l'appui de nos demandes précédentes, et nous nous sommes mis en devoir de les renouveler.

» On peut donc espérer soit que la province obtienne un subside calculé sur sa part d'intervention dans les frais de traitement des ophthalmiques militaires à l'Institut combinée avec la dépense des frais généraux annuels qu'elle supporte seule, soit que l'État rembourse l'intégralité des frais de traitement des ophthalmiques militaires ; les subsides profiteraient dans ce cas aux communes

et à la province dans la proportion de 3/4 et de 1/4 respectivement, et il devrait en outre être alloué un subside spécial à la province pour la dédommager d'une partie des frais généraux. C'est dans ce sens que notre nouvelle demande a été formulée. Nous attendons avec confiance la décision de M. le Ministre de la Justice.»

INSTITUT OPHTHALMIQUE DE LA PROVINCE DE NAMUR,

Sous la direction de M. Loiseau.

Compte-rendu pour 1851 (*).

« Comme les années précédentes, nous donnons ici un état statistique des diverses catégories de malades traités dans cet établissement. Cet état se rapporte à la période comprise entre le 1er mai 1851 et le 1er mai 1852.

DÉSIGNATION DES MALADES.	Restant en traitement au 1er mai 1851.	Entrés en traitement pendant l'exercice 1851-1852.	SORTIS			Restant en traitement au 1er mai 1852.
			guéris.	sensiblement améliorés.	non guéris.	
Aveugles	5	27	19	5	2	6
Presque aveugles	8	52	40	8	3	9
Borgnes	3	42	31	5	4	7
Porteurs d'affections diverses, avec perte considérable de la vue, au point de ne pouvoir travailler	11	89	80	7	2	11
Porteurs d'affections diverses, sans lésion de la vue, mais avec gêne considérable pendant le travail	8	97	96	»	»	9
Atteints de maladies des annexes oculaires	1	23	20	1	»	3
Totaux.	34	330	286	24	11	45

» L'opération de la cataracte a été pratiquée onze fois avec succès.

(*) Extrait de l'*Exposé de la situation de la province de Namur*, etc., pour 1851.

» L'amaurose a amené plusieurs malades à l'Institut.

» Il est à regretter qu'avant de réclamer le secours de l'art la plupart des malades perdent un temps considérable. Outre que ces retards augmentent la durée et les frais du traitement, ils empirent leur état et rendent leur guérison beaucoup plus difficile.

» Des subsides s'élevant ensemble à 325 francs ont été alloués par l'État pour le traitement d'indigents atteints de l'ophthalmie militaire.

» Nous avons accordé à plusieurs communes la remise totale ou partielle des sommes qu'elles devaient à l'Institut pour l'entretien d'indigents.

TROISIÈME RAPPORT ANNUEL (1851 — 1852) ADRESSÉ A M. LE GOUVERNEUR DE LA PROVINCE DE BRABANT PAR LA COMMISSION ADMINISTRATIVE DE L'INSTITUT OPHTHALMIQUE PROVINCIAL (*).

Bruxelles, le 1er mai 1852.

MONSIEUR LE GOUVERNEUR,

Le règlement arrêté par la Députation permanente nous impose l'obligation de vous adresser, au mois d'avril de chaque année, un rapport sur la gestion de l'Institut ophthalmique provincial. Nous allons, pour la troisième fois, nous acquitter de ce devoir.

La période dont nous avons à nous occuper aujourd'hui s'étend du 1er avril 1851 au 31 mars 1852.

Nous sommes heureux de pouvoir vous dire, dès l'abord, que notre situation s'est consolidée, durant ce laps de temps, au point de nous permettre de considérer désormais l'avenir avec une parfaite sécurité. L'état de nos finances ne tardera pas à devenir assez prospère pour nous permettre d'affronter, sans crainte de secousse, les éventualités qui pourraient se présenter. Nous reviendrons avec détail sur ce point, en soumettant à la Députation permanente les comptes de l'exercice qui vient de prendre fin.

Le nombre de malades restant en traitement le 1er avril 1851 était de	36
Les admissions depuis cette époque se sont élevées à.	230
Ce qui porte le nombre des malades traités du 1er avril 1851 au 31 mars 1852, à.	266
Sur ce nombre il en est sorti.	236
Il en restait donc en traitement le 1er avril 1852.	30

(*) Extrait de l'*Exposé de la situation administrative de la province de Brabant*, 1852.

Ces 266 malades ont fourni un total de 11,879 journées d'entretien, ce qui équivaut à une moyenne de 33 malades par jour.

Ces 11,879 journées représentent, à raison de 1 fr. par jour, la somme de 11,879 fr.

Les dépenses sont ainsi réparties :

A. — FRAIS DE PREMIER ÉTABLISSEMENT.

1° Achat d'objets mobiliers . . . . fr.	3,235 36	3,635 70
2° Frais d'appropriation du local.	400 34	

B. — DÉPENSES, DITES DU MÉNAGE.

1° Achats d'objets divers	418 74
2° Réparations et entretien du local, du mobilier et des fournitures.	161 58
3° Contribution foncière du local.	145 63
4° Achat et préparation des substances alimentaires pour les malades et les quatre personnes de service.	5,062 44
5° Solde des médicaments et objets de pharmacie.	253 74
6° Aliments extraordinaires prescrits par les chirurgiens. . .	3 58
7° Indemnité au secrétaire-trésorier et salaire des gens de service.	989 88
8° Frais de bureau	90 77
9° Affranchissement d'avis aux malades.	5 90
10° Avances faites pour compte des communes.	95 12
11° Dépenses extraordinaires et imprévues..	45 »
12° Frais de la consultation gratuite et de la visite dans les chefs-lieux de canton.	330 »
Total. . . . fr.	11,237 88

Pour arriver à établir le prix de revient de la journée d'entretien, il faut retrancher de cette dépense de 11,237 fr. 88 cent. :

1° Les frais de premier établissement (pour lesquels des subsides spéciaux ont été accordés par l'État et par la province).	3,635 70	3,730 82
2° Les avances remboursables, faites pour compte des communes	95 12	

Ce qui réduit la dépense pour le ménage proprement dit à 7,507 fr. 06 cent.

Il résulte de cet exposé que le prix de la journée d'entretien est resté exactement le même que celui de l'année précédente, c'est-à-dire de 63 cent. environ, et que la bonification sur les 11,879 journées d'entretien s'élève à 4,371 fr. 94 cent.

Le tableau suivant, dressé d'après les bulletins d'entrée et de

sortie, sert à exposer les résultats médico-chirurgicaux qui ont été obtenus :

	NOMBRE DE MALADES restant en traitement le 1er avril 1831.	NOMBRE DE MALADES survenus du 1er avril 1831 au 31 mars 1832.	TOTAL DES MALADES traités du 1er avril 1831 au 31 mars 1832.	NOMBRE DE MALADES SORTIS guéris.	NOMBRE DE MALADES SORTIS notablement améliorés.	NOMBRE DE MALADES SORTIS non améliorés.	NOMBRE DE MALADES restant en traitement le 1er avril 1832.
Aveugles.	13	90	103	71	16	5	11
Incapables de travail et menacés de cécité (1). . . .	23	138	161	119	20	3	19
Louches	»	1	1	1	»	»	»
Incurables.	»	1	1	»	»	1	»
	36	230		191	36	9	30
	266		266	266			

Ces 266 malades étaient atteints des affections oculaires suivantes :

Ophthalmie dite militaire ou contagieuse.	144	Aiguë	16
		Subaiguë.	78
		Chronique.	1
		Accidents consécutifs	49
Ophthalmie scrofuleuse . .	38	Combinaison catarrhale.	25
		» rhumatismale	11
		Accidents consécutifs	2
Ophthalmie catarrhale. . .	18	Simple	7
		Combinaison rhumatismale	11
Ophthalmie gonorrhoïque.			2
» des nourrices.			1
» des nouveau-nés (accidents consécutifs).			1
Ophthalmie arthritique.			2
» traumatique			2
		A reporter. . . .	208

(1) La catégorie des *presque aveugles* est supprimée dans ce tableau, et confondue avec celle des *incapables de travail et menacés de cécité*.

Report	208
Choroïdite aiguë	1
Glaucôme	1
Hématôme de l'œil	2
Cataracte (dont 1 congénitale)	23
» capsulaire secondaire	2
Aquo-capsulite	3
Hydroméningite oculaire	1
Iritis rhumatismale	3
» syphilitique	1
Amaurose. . . 10 { complète	5
{ incomplète	5
Paralysie de la 6e paire	2
Chute atonique de la paupière supérieure	2
Fistule lacrymale	1
Blennorrhée du sac lacrymal	1
Abcès de l'orbite	1
Entropion (dont 1 congénital)	4
Strabisme externe	1
	266

L'ophthalmie contagieuse a donc été, cette année comme les précédentes, la maladie la plus fréquente de toutes celles traitées à l'Institut. Il faut noter cependant que le nombre des cas récemment contractés par le contact avec des soldats congédiés a été beaucoup moins élevé que précédemment. La plupart des malades avaient été anciennement infectés, soit dans les rangs de l'armée, soit dans leur famille ou dans des rassemblements tels qu'ateliers, logements, etc.: la forme chronique persistait chez eux depuis longtemps et l'action de certaines causes était venue récemment déterminer la forme subaiguë et l'incapacité de travail. Les accidents consécutifs ont tous, à quelques exceptions près, été observés sur d'anciens militaires abandonnés depuis plusieurs années comme incurables.

A deux ou trois reprises, l'affluence des cas d'ophthalmie contagieuse, en majeure partie très-graves, a mis M. le directeur de l'Institut dans l'obligation de restreindre momentanément, de suspendre même, l'admission de malades atteints d'autres affections oculaires et de renvoyer dans leurs foyers quelques-uns de ceux en traitement. Il était, en effet, à craindre que ceux-ci ne contractassent le mal contagieux; il fallait d'ailleurs éviter, à tout prix, tout ce qui pouvait ressembler à de l'encombrement et par conséquent contribuer soit à aggraver l'état des ophthalmiques

en traitement, soit à retarder la marche vers la guérison.

Les autres affections oculaires n'ont donné lieu à aucune remarque importante.

Il nous a paru utile d'entrer dans quelques détails sur les opérations qui ont été pratiquées et sur leurs résultats.

Les 23 cataractés entrés en traitement ont été opérés, savoir :

7 d'un œil.
16 des deux yeux.

Les 7 opérations sur un seul œil ont fourni 6 succès, 1 insuccès.

Les 16 opérations doubles ont produit :

12 succès aux deux yeux,
1 demi-succès sur les deux yeux,
2 succès sur un œil avec demi-succès sur l'autre,
1 » » » insuccès sur l'autre.

En d'autres termes, sur 39 cataractes opérées :

34 fois une vision convenable a été rendue,
4 fois la vision restaurée laissait à désirer,
1 fois il n'y a pas eu retour de la faculté de voir.

L'opération de la pupille artificielle a été instituée sur 25 malades pour remédier à la cécité existant :

depuis	1	mois	chez	1.
»	6	»	»	4.
»	1	an	»	2.
»	2	ans	»	6.
»	3	»	»	3.
»	5	»	»	2.
»	6	»	»	1.
»	7	»	»	1.
»	8	»	»	1.
»	12	»	»	1.
»	15	»	»	2.
»	29	»	»	1.

La perte de la vue avait été occasionnée chez presque tous par l'ophthalmie de l'armée.

Chez 21 le résultat obtenu a été aussi satisfaisant que possible;

Chez 2 le degré de vision rendu suffisait seulement pour qu'ils pussent désormais se passer de guide;

Chez 1 les tentatives opératoires sur l'un et l'autre œil sont restées infructueuses;

1 malade a avoué avoir volontairement détruit le résultat le plus heureux réalisé chez elle, en provoquant à diverses reprises, par

l'introduction de corps étrangers entre les paupières, une violente ophthalmie qui a amené la destruction totale des deux yeux. C'est pour n'être pas privée des ressources de la mendicité que cette misérable, qui est de la province d'Anvers, s'est ainsi mutilée.

L'un de ces aveugles a été amené à pouvoir être opéré de la pupille artificielle en subissant d'abord quatre opérations pour remédier au renversement des paupières en dedans, et l'amputation de l'œil droit dégénéré; grâce à cette série d'opérations, il a été guéri d'une cécité qui avait déjà nécessité un séjour infructueux de près de deux ans dans un hôpital; il peut aujourd'hui vaquer aux occupations de son métier.

2 opérations d'extraction de la cataracte capsulaire secondaire ont eu lieu; l'un des opérés a récupéré une fort bonne vue; l'autre était dans les conditions les plus parfaites lorsqu'il est survenu un accident, indépendant de l'opération : la perte désormais irremédiable de la vue en a été la suite.

Nous venons de vous entretenir des principales opérations et de leurs résultats; nous ne pouvons omettre de mentionner les autres; ce sont :

14 amputations partielles du globe oculaire;
9 ponctions de cet organe;
36 opérations pour remédier au renversement des paupières en dedans;
6 opérations pour remédier au renversement des paupières en dehors;
3 opérations pour détruire l'adhérence des paupières avec le globe;
2 opérations pour la cure de la chute de la paupière supérieure;
11 extirpations de tumeurs enkystées des paupières;
1 excision de la caroncule lacrymale dégénérée;
20 ouvertures de tumeurs, abcès, etc.;
7 opérations de fistule lacrymale;
4 ouvertures du sac lacrymal;
5 opérations de strabisme (4 sur des sujets entrés pour être traités d'autres maladies);
Enfin, un nombre infini de cautérisations, scarifications, excisions conjonctivales, etc.

La consultation gratuite instituée aux termes de l'art. 36 du règlement, a fourni le chiffre de 1,170 inscriptions; chaque malade s'étant présenté en moyenne 8 ou 9 fois, il en résulte que le nombre des consultations gratuites a dû s'élever à plus de 9,000.

Les opérations pratiquées sur les malades externes ont été nombreuses : en voici le détail :

4 de cataracte; 7 de pupille artificielle; 22 de strabisme simple; 3 de strabisme double; 19 de fistule lacrymale; 37 d'entropion;

d'ectropion; 4 amputations partielles du globe oculaire; 6 ponctions du globe; 3 ouvertures d'abcès orbitaire; 1 section sous-cutanée de brides orbitaires; 63 extractions de corps étrangers fixés sur l'œil ou entre les paupières; 32 excisions de tumeurs enkystées des paupières, etc.

La besogne occasionnée par les petites opérations, et surtout par les cautérisations nombreuses qui sont pratiquées à cette consultation, a été excessive.

L'art. 27 du règlement prescrit une visite annuelle du directeur de l'Institut dans les chefs-lieux de canton. Cette visite n'a pas été générale par suite de l'impossibilité où M. Cunier s'est trouvé de s'absenter aux époques dont il avait été fait choix; les cantons qui n'ont pas été visités l'année dernière le seront les premiers cette année. Le nombre des malades inscrits dans les visites de 1851-52 a été de 589; nous nous sommes entendus avec les administrations communales pour régler l'admission de ceux de ces ophthalmiques désignés comme pouvant être opérés ou traités à l'Institut avec espoir de succès.

L'énumération succincte que nous venons de faire des résultats réalisés, tant sous le rapport financier que sous le rapport médico-chirurgical, suffira, nous en sommes persuadés, M. le Gouverneur, pour faire ressortir, une nouvelle fois, les services que la province est appelée à retirer de l'établissement qu'elle a fondé. Mais cette énumération dit aussi combien doit être rude et fatigante la tâche de l'homme appelé à diriger tout à la fois l'administration de l'Institut et les soins médico-chirurgicaux qu'y reçoivent les ophthalmiques,

Il est de notre devoir de vous dire, à cette occasion, que M. le docteur Bosch, spécialement adjoint à M. le docteur Cunier pour le service des consultations gratuites et appelé à le remplacer en cas d'absence ou de maladie (art. 12 du règlement), s'est toujours acquitté de ses fonctions avec un zèle digne des plus grands éloges.

Nous n'avons eu qu'à nous louer de la manière de servir du personnel employé à l'Institut; il a parfois eu à supporter un surcroît de besogne tel, que c'est pour nous une obligation de proposer l'allocation d'une gratification, selon le vœu du dernier paragraphe de l'art. 19 du règlement.

Le clergé du *Finis-Terrae* a continué à faire le service spirituel de l'établissement; nous avons cru devoir lui exprimer toute notre

reconnaissance pour la sollicitude et l'empressement qu'il ne cesse de déployer.

L'administration des hospices et secours de la ville de Bruxelles s'est acquis de nouveaux droits à la vive gratitude de la province, en nous concédant, pour un nouveau terme de trois ans, la jouissance *à titre gratuit* du local de l'Institut.

Le triste événement qui nous a privés du concours de notre honorable collègue M. Fransman, nous oblige à nous départir de la réserve que nous nous sommes imposée jusqu'ici, pour vous entretenir un instant de la Commission administrative, que la perte de ce membre regretté a rendue incomplète; vous estimerez sans doute qu'il est urgent de pourvoir à son remplacement.

Il nous reste maintenant, M. le Gouverneur, à vous signaler les améliorations et les mesures dont l'expérience nous a fait reconnaître l'utilité.

I. Nous devons tout d'abord réclamer pour que l'existence d'un Institut ophthalmique provincial soit officiellement annoncée aux administrations communales à l'aide d'une circulaire insérée au *Mémorial administratif*. Il nous arrive tous les jours de constater que notre établissement est considéré par quelques-unes de ces administrations comme un établissement privé. Il en résulte toujours des lenteurs dues aux investigations sur le prix de la journée d'entretien, sur le mode de remboursement; parfois aussi nos lettres, considérées comme des lettres émanant de directeurs d'une entreprise particulière, restent momentanément sans réponse. Entre temps, l'état des malades s'aggrave et leur guérison devient plus difficile, et quelquefois même impossible.

La circulaire devrait donc exprimer catégoriquement les conditions exigées pour l'admission, le prix de la journée d'entretien, le mode de recouvrement en usage, le but des visites cantonales, etc.

Il conviendrait surtout de signaler, dans cette circulaire, ce que nous disions dans notre rapport de l'an dernier, savoir : « qu'il est » bien fâcheux que les malades n'arrivent le plus ordinairement à » l'Institut qu'après que des accidents ou des complications graves » sont déjà survenus; qu'il en résulte que le traitement est rendu » tout à la fois plus difficile et plus long, et partant plus coûteux. » C'est là une circonstance, » ajoutions-nous, « sur laquelle il est » important au plus haut point d'appeler l'attention des adminis- » trations communales. Les affections oculaires guérissent d'autant

» plus sûrement et plus promptement qu'elles sont plus récentes ;
» lorsqu'elles sont invétérées, la difficulté est plus grande, la cure
» exige plus de temps. Si cette vérité banale était bien comprise,
» si les administrations communales n'attendaient pas si souvent
» que les malades fussent complétement aveugles ou du moins tout
» à fait incapables de travail avant d'autoriser leur admission à
» l'Institut, d'une part les guérisons radicales seraient plus nom-
» breuses, d'autre part la durée moyenne du traitement serait con-
» sidérablement diminuée, ce qui permettrait à un plus grand
» nombre de malades de jouir des bénéfices de l'institution. Les
» efforts tentés jusqu'à ce jour pour vaincre l'inconvénient qui
» vient d'être signalé commencent à porter leurs fruits; néanmoins
» chaque jour révèle encore la nécessité de renouveler les repré-
» sentations qui ont déjà été adressées à ce sujet. »

II. Nous devons reproduire nos plaintes au sujet du peu d'empressement des communes à fournir les renseignements qui sont réclamés pour servir à l'appui de demandes de secours et subsides en faveur des victimes de l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse. Quoi qu'il en soit, M. le directeur de l'Institut est parvenu à régulariser un assez grand nombre de demandes, et le Département de la Justice a mis, sur votre proposition, à la disposition :

1° Des bureaux de bienfaisance, pour être distribués à des victimes de l'ophthalmie militaire. . . . . fr.	10,535
2° Des administrations communales, pour les aider à faire traiter leurs indigents atteints de cette ophthalmie. . . . . fr.	3,877
Ce qui porte les allocations obtenues dans la province de Brabant sur les fonds spéciaux de l'art. IX du budget du Département de la Justice, à. . . . . fr.	14,412

Cette année, comme la précédente, ces allocations eussent très-certainement été plus élevées, si les renseignements sollicités des administrations communales avaient été fournis avec plus de soin et d'empressement, et si, d'un autre côté, les instructions de M. le Ministre de la Justice, consignées dans votre circulaire du 3 avril 1848 (*Mémorial administratif*, 1848, n. 149), et rappelées dans votre circulaire du 28 août 1849 (*Mémorial administratif*, n° 146), étaient mieux appréciées et plus exactement suivies par certaines communes; aussi estimons-nous qu'il est indispensable d'appeler de nouveau l'attention sur cet objet et de seconder ainsi les vues si philanthropiques du Gouvernement.

D'après ces instructions, les victimes de l'ophthalmie dite militaire ou contagieuse ne peuvent recevoir de secours qu'à la condition expresse de se faire traiter à l'Institut, lorsque le cas l'exige. Il faut donc que les communes qui comptent, parmi leurs habitants, des malheureux de cette catégorie, en autorisent l'admission dans notre établissement. Elles devraient le faire avec d'autant plus d'empressement que le département de la Justice a pris l'engagement d'accorder, « *lorsque cela est nécessaire, des subsides de l'État, pour les aider à couvrir les frais du traitement;* » et que, d'un autre côté, l'indifférence, en ces circonstances, leur occasionne un véritable préjudice à cause de l'abandon qui en résulte, pour les administrations communales, des moyens de secourir efficacement des personnes dignes de toute leur sollicitude et dont l'entretien est mis à leur charge par la loi communale.

III. Nous nous trouvons également obligés de vous signaler la nécessité de donner avis aux administrations communuales, que celles d'entre elles auxquelles des subsides sont alloués pour les aider à couvrir les frais de traitement de leurs ophthalmiques, doivent acquitter sans retard les frais d'entretien dus à l'Institut, et que ces fonds ne peuvent, sous aucun prétexte, être détournés, même momentanément, de leur destination formelle.

IV. Les frais de la consultation gratuite ne peuvent être supportés par le ménage de l'Institut; il est indispensable que l'allocation spéciale qui figurait autrefois au budget provincial y soit réintégrée.

Nous pensons devoir reproduire ici les motifs que nous avons fait valoir dans notre dernier rapport à l'appui de cette réintégration :

« Un subside de 400 francs était accordé dans ce but, » avons-nous dit, « à une époque où l'Institut n'était qu'un établissement particulier, ne constituait qu'une consultation gratuite; il ne peut lui être enlevé aujourd'hui qu'il est devenu une création provinciale. Il serait même indispensable qu'il fût calculé de manière à permettre de distribuer aux indigents qui se présentent à la consultation gratuite certains médicaments que l'on se trouve aujourd'hui dans l'obligation de leur refuser. Le bienfait qui en résulterait, principalement pour les ophthalmiques des communes rurales, serait très-considérable; on éviterait ainsi annuellement, chez un bon nombre de malheureux, des aggravations qui nécessitent plus tard un séjour prolongé, soit à l'Institut, soit dans les hôpitaux, et occasionnent parfois des accidents souvent irremédiables, et, par suite, des charges permanentes pour les budgets communaux. »

V. La mesure de prudence que l'affluence momentanée des oph-

thalmiques a fait prendre, a occasionné une véritable perte pour l'Institut, en laissant parfois inoccupés huit et même dix lits. Nous avons naturellement dû songer à prévenir le retour de cet état de choses, dont la possibilité avait été prévue dès le principe de la fondation de l'Institut. D'après les plans arrêtés à cette époque, le hangar qui existe dans le jardin devait être approprié pour servir de salle destinée à l'isolement des hommes atteints d'ophthalmie purulente aiguë. C'est là une amélioration d'une importance incontestable et dont nous allons réclamer la réalisation immédiate, en nous conformant aux prescriptions de l'art. 6 du règlement.

Nous aurons à nous occuper en même temps des réparations à exécuter dans les souterrains pour en chasser l'humidité excessive qui y règne, et qui nous obligera peut-être à construire une cuisine dans le jardin.

Les dépenses qui résulteraient de ces travaux ont été prévues dans tous les devis estimatifs; aussi, pouvons-nous disposer des fonds nécessaires sur le *reliquat* des subsides qui nous ont été accordés. Si ces fonds étaient insuffisants, l'excédant de la dépense serait couvert à l'aide de l'avoir de l'Institut.

Il va sans dire que la dépense dont il vient d'être question n'exclut pas celle décrétée depuis un an, pour achat de chaises, tables de nuit, confection d'un vestiaire, etc., qui a été en partie ajournée jusqu'à ce jour, et qui va être incessamment réalisée.

VI. Plusieurs étudiants en médecine de l'Université libre, ainsi que des étudiants et des médecins étrangers, se sont adressés à diverses reprises tant à M. le Directeur qu'à nous-mêmes, à l'effet d'être autorisés à suivre la clinique de l'Institut ophthalmique. La grande variété et le chiffre considérable des cas de maladies oculaires qui se présentent aux visites à l'Institut, les nombreuses opérations qui y sont pratiquées, offrant, pour l'instruction des élèves, une mine pour le moins aussi précieuse et aussi féconde que celles auxquelles il faut aller puiser à l'étranger, nous avons considéré comme un devoir d'accorder cette autorisation, et nous avons décidé que les médecins étrangers et les candidats en médecine régulièrement inscrits pourraient désormais assister aux visites. Si vous approuvez notre résolution, vous jugerez sans doute utile, M. le Gouverneur, d'en donner avis au Conseil d'administration de l'Université libre.

Nous croyons, M. le Gouverneur, avoir satisfait, par le rapport que nous vous soumettons, à l'exigence du règlement.

La Commission administrative de l'Institut ophthalmique de la province de Brabant,
J.-E. Van Parys.
A. Fontainas.

Le Secrétaire-Trésorier,
F. Suykens.

RAPPORT SUR LE SERVICE DES MALADIES DES YEUX, A L'HOPITAL CIVIL DE STRASBOURG, PENDANT L'ANNÉE 1851;

Par le professeur V. Stoeber.

Le service des maladies des yeux à l'hôpital civil de Strasbourg ne se compose que de deux pièces renfermant sept lits; il ne peut donc recevoir tous les malades atteints d'affections oculaires; il s'en trouve toujours un certain nombre dans les autres services. Je n'admets le plus souvent que des malades qui exigent des opérations.

Conformément aux règlements qui régissent l'hôpital, j'ai adressé à l'administration le rapport qui suit. Il m'a paru renfermer quelques faits qui pourront intéresser mes confrères; c'est ce qui m'a porté à le faire insérer dans ce journal.

En traitement au 1er janvier 1851	3
Entrés pendant l'année	52
	55
Sortis pendant l'année	51
En traitement au 31 décembre 1851	4
	55

Hommes	34
Femmes	21
	55

Ne sont pas compris dans ces chiffres plusieurs individus qui sont venus se faire opérer de strabisme, sans séjourner dans les salles.

Les maladies traitées sont les suivantes:

Loupe à la paupière inférieure	1	Tumeur de la conjonctive, cornéale et scléroticale	1
Ecchymose des paupières	1	Kératites aiguës	3
Trichiasis	1	Kératite chronique	1
Strabismes	3	Kératite scrofuleuse	1
Conjonctivites aiguës	2	Pannus	1
Ptérygions	2		

Taie de la cornée.	1	Staphylôme de la choroïde.	1
Staphylôme partiel de la cornée.	1	Ophthalmies internes graves.	2
Staphylôme semi-transparent de la cornée.	1	Cataractes.	26
Staphylôme total de la cornée.	4	Luxation du cristallin dans la chambre antérieure.	1
Kérato-iritis rhumatismale.	1	Amauroses.	3
Iritis aiguës	5	Synchysis.	2
Iritis chroniques.	3	Fongus de l'œil.	1
Atrésie de la pupille.	1	Atrophie de l'œil	1
Procidence de l'iris.	1		

Les opérations exécutées, au nombre de 41, sont les suivantes :

Extirpation d'une loupe à la paupière inférieure.	1	Ablations de staphylômes de la cornée.	4
Strabismes.	3	Pupilles artificielles	3
Ptérygion.	1	Cataractes.	26
Ablation d'une tumeur de la conjonctive cornéale et scléroticale.	1	Extraction d'un cristallin.	1
		Extirpation du globe de l'œil.	1

OBSERVATIONS.

Strabisme. Les trois malades qui figurent dans ce relevé, et plusieurs autres qui sont venus à la conférence sans séjourner à l'hôpital, ont tous été opérés avec succès. Chez tous l'opération n'a été pratiquée qu'à un œil.

Ptérygion. Un individu atteint d'un ptérygion charnu très-épais qui s'étendait au delà du centre de la cornée, portait une cataracte à l'autre œil. Le malade n'y voyait pas même pour se conduire. La cataracte fut opérée; les yeux furent tenus fermés pendant près de quinze jours. Cette occlusion eut une influence très-favorable sur le ptérygion, qui diminua considérablement. Je lui fis alors des instillations de laudanum; et lors qu'il sortit, il y voyait bien de l'œil opéré et assez bien de celui affecté de ptérygion.

Tumeur de la conjonctive scléroticale et cornéale. L'ablation de cette tumeur ne laissa après elle qu'un obscurcissement nuageux de la cornée.

Staphylôme semi-transparent de la cornée. La forme de la cornée était celle du staphylôme transparent. Mais le staphylôme était légèrement trouble dans toute son étendue et paraissait dû à l'inflammation de la cornée.

Staphylômes de la cornée. Quatre malades ont présenté des staphylômes totaux de la cornée, accompagnés, dans deux cas, de staphylômes de la choroïde. L'ablation de la cornée staphylomateuse fut pratiquée chez tous ces malades. La partie enlevée comprenait toujours au moins les trois quarts de la tumeur. Dans deux cas, le cristallin et le corps vitré furent conservés; la plaie se cicatrisa sans atrophie de l'œil. Chez le troisième, atteint en même temps de staphylôme de la choroïde, le cristallin s'échappa, ainsi que le corps vitré, moins consistant qu'à l'état normal; l'œil s'atrophia. Le quatrième cas présenta des circonstances dignes d'être notées.

Joseph Wiand, âgé de quatre ans, de Molsheim, fut admis à la clinique le 20 mars 1851. L'enfant était lymphatique à un haut degré et avait souffert pendant longtemps d'ophthalmies scrofuleuses qui avaient fini par amener un staphylôme considérable de l'œil gauche. L'irritation provoquée par l'état de cet œil entretenait de la photophobie à l'œil droit, de sorte que le petit malade ne pouvait s'en servir. Le 20 mars, après l'avoir anesthésié par le chloroforme, j'enlevai la presque totalité du staphylôme. Le cristallin et le corps vitré furent immédiatement expulsés; et une hémorrhagie considérable s'ensuivit. Des applications froides, continuées pendant un quart d'heure, arrêtèrent l'écoulement du sang. Nous vîmes alors une tumeur noirâtre faire saillie entre les paupières. Cette tumeur, plus volumineuse que le staphylôme qui avait été enlevé, me paraissait être due à la rétine et à la choroïde poussées en avant à travers l'ouverture antérieure de l'œil, par l'accumulation du sang qui s'était faite derrière elles.

L'enfant ayant perdu beaucoup de sang, je craignis, en incisant ou en enlevant ces membranes, de renouveler l'hémorrhagie. J'espérais que le sang serait résorbé en grande partie, et qu'ainsi la tumeur disparaîtrait. Je fis continuer les fomentations froides. Quelques jours après, la tumeur persistait au même degré; malgré mes instances, les parents reprirent leur enfant. Ils le rapportèrent le 11 avril.

La tumeur avait augmenté de volume; de molle qu'elle avait été, elle était devenue consistante et présentait l'aspect d'un fongus du volume d'une noix. Je me décidai alors à pratiquer l'extirpation de l'œil, qui fut faite le même jour, l'enfant ayant été préalablement chloroformé. L'hémorrhagie fut moins considérable qu'après la première opération, et, au bout de deux mois, le petit malade sortit guéri de l'hôpital. Sa santé s'était singulièrement améliorée; il n'y avait plus de trace de photophobie à l'œil droit; la pâleur et la bouffissure avaient cédé à l'absence de douleurs et à un régime fortifiant.

La tumeur extirpée n'était composée que d'une masse fibrineuse sans trace de dégénérescence maligne. Elle était due, sans doute, à la fibrine du sang épanché, la partie séreuse ayant été résorbée. Il est remarquable cependant que, loin d'avoir diminué après cette résorption, la tumeur avait augmenté, ce qui devait être dû à un travail inflammatoire qui avait augmenté l'exsudation.

On pouvait se demander, et c'est une question que j'avais soulevée avant l'opération, si cette tumeur ne finirait pas par disparaître sous l'influence d'un traitement interne et externe. La rapidité de sa formation faisait voir qu'elle n'était pas de nature maligne. Mais son volume était trop considérable pour faire espérer sa résorption. D'ailleurs, elle entretenait une irritation qui réagissait très-défavorablement sur l'état général du malade et que j'avais hâte de faire cesser.

Pupilles artificielles. Des trois opérations de pupille artificielle, deux ont réussi; une a échoué. Les deux premières ont été nécessitées par des taies centrales et étendues de la cornée; dans l'un des cas, il y avait en outre adhérence d'une partie du bord pupillaire de l'iris à la cornée. Chez l'un et l'autre, l'œil qui n'a pas été opéré avait été perdu par des accidents qui avaient donné lieu à l'atrophie du globe oculaire.

L'individu sur lequel l'opération a échoué avait été pendant longtemps affecté d'ophthalmies internes qui avaient déterminé une amaurose avec synchysis à l'œil droit et une cataracte adhérente à tout le pourtour du bord pupillaire de l'iris, à gauche. L'amaurose était probable à cet œil mais incomplète; le malade distinguait encore le jour. L'opération n'a été faite que sur les instances réitérées du malade, le pronostic étant excessivement fâcheux. Le résultat a confirmé les prévisions; le malade est resté aveugle, malgré l'établissement d'une pupille artificielle.

Chez les trois malades, l'opération a été faite par excision.

Cataracte. 34 yeux ont été opérés de la cataracte sur 26 malades. Le tableau suivant en présente les résultats :

26 individus :	20 succès,	5 insuccès,	1 demi-succès.
34 yeux :	26 »	7 »	1 »

Les méthodes opératoires ont donné les résultats suivants :

Abaissement :	19 yeux :	17 succès,	1 insuccès,	1 demi-succès.
Broiement :	6 »	3 »	3 »	
Extraction :	9 »	6 »	3 »	

Les insuccès sont dus : dans le cas d'abaissement, à une amaurose préexistante; dans les trois cas de broiement, une fois à l'amaurose préexistante et deux fois à une iritis terminée par des exsudations dans la pupille; dans les trois cas d'extraction, une fois au ramollissement de la cornée, une fois à la suppuration du lambeau, et une fois à un phlegmon oculaire.

Les deux insuccès par amaurose ont eu lieu chez le même individu. J'appréhendais ce résultat avant l'opération. Le malade était aveugle depuis longtemps; il avait perdu la vue par suite de douleurs vives dans les yeux et dans la tête; la perception lumineuse était faible. Peut-être que l'amaurose s'était déclarée avant la cataracte, ce dont je n'ai pu m'assurer; ce qui me l'a fait supposer, c'est que le malade avait été traité par des vésicatoires et des moyens internes. L'iris conservant cependant de la contractilité, et la vision n'étant pas éteinte complétement, j'ai tenté l'opération. Les deux yeux ont été opérés le même jour, l'un par broiement, l'autre par abaissement; les pupilles sont devenues nettes, l'une immédiatement, l'autre au bout de quelques semaines; aucun accident inflammatoire n'est survenu, mais la vue est restée ce qu'elle était avant l'opération. Dans les cas de ce genre, alors que l'amaurose n'est pas cer-

taire, ou qu'on ne sait jusqu'à quel point la rétine a souffert, je n'hésite pas à opérer, tout en posant un pronostic défavorable.

Le cas de ramollissement de la cornée, cité comme cause d'insuccès de l'extraction, a été observé sur un homme de soixante et quinze ans. Au bout de deux jours, le lambeau de la cornée s'est terni, sans symptômes inflammatoires; l'opacité a augmenté, puis la conjonctive a rougi, et enfin toute la cornée est devenue opaque et tuméfiée. Le malade a demandé à rentrer chez lui, où, sans doute, l'atrophie de la cornée est devenue complète. La marche de l'altération, son mode de développement, ont différé de ce qu'on observe dans la suppuration du lambeau de la cornée par inflammation et ont présenté la plus grande analogie avec les ramollissements de la cornée qui se manifestent quelquefois dans la dernière période de l'hydrocéphale aiguë des enfants, et avec ceux que produit sur les animaux la section de la cinquième paire. Ce ramollissement paraît dû à un défaut de nutrition et s'explique chez mon malade, par l'état de caducité dans lequel il se trouvait. Aussi ai-je regretté de l'avoir opéré par extraction; l'abaissement aurait peut-être fourni de meilleurs résultats.

Les individus opérés de cataracte sont tous restés cinq à six semaines à l'hôpital. Ce n'est pas ce qu'on fait dans beaucoup d'hôpitaux, où, de crainte de surcharger les services, surtout les cliniques, on évacue les opérés au bout de huit à dix jours et même moins; mais la mesure me paraît très-importante pour les malades. Malgré les précautions dont nous entourons nos opérés, j'ai vu des accidents survenir trois ou quatre semaines après l'opération, et je suis persuadé que ces accidents arrivent bien plus facilement et deviennent bien plus graves chez les individus rentrés dans leur famille et abandonnés à eux-mêmes. C'est même là ce qui explique les nombreux insuccès des oculistes ambulants. J'avoue qu'une statistique basée sur des faits ainsi recueillis ne me paraît pas à l'abri d'objections sérieuses.

Extraction d'un cristallin luxé. Théodore Weber, âgé de trente ans, avait perdu la vue à l'œil gauche, en 1845, probablement par amaurose. Plus tard, une tache, d'abord de la grosseur d'une tête d'épingle, se fit remarquer dans la pupille. Cette tache augmenta peu à peu; elle était tantôt plus grande, tantôt plus petite; sans doute suivant que la pupille était plus ou moins dilatée. Au milieu du mois de juillet, le malade se donna un coup sur l'œil, qui provoqua une violente douleur, accompagnée d'une augmentation considérable de la tache. Il vint me consulter dix jours après l'accident. Le cristallin était tombé dans la chambre antérieure, et l'œil se trouvait vivement enflammé. J'annonçai au malade que, pour le débarrasser de ses douleurs et sauver la forme de l'œil, il fallait lui extraire le cristallin; je l'engageai donc à entrer immédiatement à l'hôpital. Des conseils peu éclairés lui firent ajourner cette opéra-

tion, et il n'entra à la clinique que le 9 août. Le lendemain, je fis l'extraction du cristallin, qui fut trouvé à l'état *calcaire*. Les douleurs diminuèrent immédiatement, et le malade sortit le 30 août, conservant son amaurose et une déformation de la pupille due à l'inflammation trop prolongée de cette membrane avant l'opération.

Extirpation de l'œil. Elle fut pratiquée sur un enfant antérieurement opéré de staphylôme, ainsi que je l'ai dit plus haut.

Strasbourg, le 1er janvier 1852.

V. Stoeber, D. M.

LES SPÉCIALITÉS.

Les lignes qui suivent sont extraites de l'ouvrage que vient de publier notre estimable collaborateur, M. Fallot, sous le titre de : *Aperçu de la médecine dans ses rapports avec les maladies internes*.

« .... Rien n'est plus mal déterminé ..... et plus arbitraire, que les limites entre la chirurgie et la médecine; ces deux branches, sorties du même tronc, se fondent l'une dans l'autre sur une foule de points, et, aujourd'hui, comme du temps de Pierre Frank, toute division de la médecine prise de la surface externe et interne du corps, est mal fondée dans une science qui est *une*.

» Oui, au point de vue scientifique, la médecine et la chirurgie ne supportent pas de séparation; celle-ci ne peut s'opérer sans violence et entraîne toujours avec elle la mutilation réciproque de ces deux branches d'une même science. Ce n'est pas sans amoindrir la chirurgie, sans la faire descendre en quelque sorte au niveau des arts mécaniques, qu'on voudrait la renfermer dans la sphère des opérations. Il faut sans doute beaucoup de talent, une grande habileté, une réunion difficile de qualités précieuses, pour constituer le chirurgien opérateur; mais il faut plus de talent encore, une somme de connaissances bien supérieure pour former le chirurgien conservateur. Il est bien plus difficile de sauver un membre que de l'enlever. Les temps sont passés, où le chiffre de mérite du chirurgien était fixé par celui des opérations sanglantes qu'il avait pratiquées. On impose au public, nous le savons bien, par la hardiesse, la témérité des coups de couteau ou de bistouri; mais ces succès si flatteurs pour l'amour-propre des petits esprits, si profitables aux intérêts des spéculateurs, ne peuvent tenter les hommes supérieurs, les âmes grandes et nobles, les caractères élevés, les vrais amis de la science et de l'humanité.

» Nous le disons avec une conviction sincère. Ce n'est pas sans porter un préjudice essentiel à la médecine et à la chirurgie considérées comme

sciences, qu'on tenterait d'en séparer l'étude, en en assignant une part exclusive à chacune. Mais envisagées au point de vue de l'exercice de l'art, des besoins techniques, nous croyons la séparation utile, et quelques efforts que les institutions humaines puissent tenter pour la faire disparaître et réunir dans les mêmes mains la pratique de ces deux branches de l'art de guérir, on n'y réussira jamais.

» L'opinion publique, plus puissante mille fois que ces efforts, maintiendra toujours la distinction que des siècles ont établie, qui est dans la nature même des choses, et dont les conquêtes mêmes faites chaque jour dans le domaine de l'art établissent et renforcent la nécessité. On comprend des yeux assez perçants pour embrasser ce domaine dans son ensemble, mais pas des mains assez puissantes pour le cultiver dans toute son étendue. Ce n'est pas, comme on l'a dit, parce qu'il existe déjà des médecins, des chirurgiens, des accoucheurs, dont les moyens d'existence sont intimement attachés à la conservation de la division des travaux, que celle-ci se maintient, mais parce que tout homme n'est pas propre à tout, parce qu'il est des bornes à leurs facultés qu'il ne leur est pas permis de franchir, parce que, suivant la pensée d'une si juste et haute portée de Bichat, il faut se résoudre à rester inférieur en beaucoup de choses pour pouvoir s'élever à une grande hauteur dans d'autres. Autant nous croyons nécessaire d'embrasser les sciences médicales dans leur ensemble pour pouvoir en exercer une branche avec succès, autant il nous paraît indispensable de négliger l'exercice d'une partie des branches, si on veut pratiquer les autres avec une grande supériorité. Aussi, dans la sphère technique, sommes-nous partisan et grand partisan des spécialités, et si le raisonnement est, comme nous le pensons, en notre faveur, l'expérience s'est depuis longtemps prononcée et hautement. »

II. — REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journaux allemands.

Deutsche Klinik.

État lumineux des yeux chez un individu de l'espèce humaine. — Le n° du 6 mars renferme l'histoire d'un fait curieux d'état lumineux (pourquoi notre langue ne permet-elle pas de se servir du mot *luminosité?*) des yeux chez un individu de l'espèce humaine. Il a été recueilli par le docteur Schindler, conseiller sanitaire à Greiffenberg.

Il s'agit d'une petite fille de quinze mois, la cadette de deux sœurs nées de parents sains et vigoureux; elle est elle-même bien

conformée, d'une constitution forte et saine; à l'exception d'un léger nystagmus, on ne voit rien d'extraordinaire aux yeux; l'iris est d'un bleu foncé, normalement mobile et impressionnable à la lumière, la pupille est noire dans sa totalité. L'enfant est un peu photophobe et louche légèrement au grand jour. Autant qu'il est possible de le constater, elle voit parfaitement de près, à distance un peu moins bien; mais il y a de l'incertitude dans le regard, on ne peut pas dire exactement quels sont les objets qu'elle regarde. Soudain, sans que l'enfant change de position ni d'attitude, se tenant dans un lieu bien éclairé, pendant qu'elle-même est dans l'obscurité, ses yeux deviennent lumineux par intervalles; non-seulement la pupille, mais aussi la chambre antérieure, présentent au plus haut degré une lumière d'un rouge de sang ou pourpre; cette lumière disparaît ensuite instantanément. S'approche-t-on alors des yeux, on n'y remarque rien d'insolite; la pupille a repris sa couleur noire, tout au plus aperçoit-on encore une nuance rougeâtre qui va s'éteignant, sans qu'on puisse dire si elle a son point de départ en arrière de la pupille ou si elle siége dans la chambre antérieure. Évidemment elle part de la pupille, qui verse brusquement une lumière rouge; celle-ci s'avive; l'iris, du bleu foncé, passe à un bleu d'azur; ensuite cette couleur rouge gagne toute l'étendue de la chambre antérieure et se communique même à la sclérotique. Le phénomène ne s'étend cependant que rarement aussi loin, il reste borné d'ordinaire à la pupille, qui dégage cette lumière rouge seulement pendant quelques moments. On aperçoit le phénomène dans le même moment, et avec la même intensité, dans toutes les positions, à toutes les distances, et des points de vue les plus différents. Seulement l'auteur n'a jamais réussi à le voir quand il était placé très-près. Le nystagmus cesse pendant la durée du phénomène, le regard a plus d'assurance, l'enfant paraît y voir mieux. Quelquefois il s'écoule plusieurs jours sans qu'on l'aperçoive, d'autres fois il se reproduit plusieurs fois le même jour. On ne peut pas le faire naître à volonté. On peut placer l'enfant comme on veut, ou se placer près d'elle, on ne voit rien. Le plus fréquemment, cet étrange phénomène se manifeste quand la pupille est fort dilatée, par conséquent dans un endroit obscur; cependant on ne peut pas en inférer qu'il suffise d'une certaine dilatation de la pupille pour le produire, car il n'apparaît pas chaque fois que l'enfant est plongée dans l'obscurité. Jamais l'auteur ne l'a remarqué dans les ténèbres. Cet

état lumineux des yeux se manifeste surtout à la sortie du sommeil. Les parents n'ont pas remarqué jusqu'ici si les affections de l'âme influent sur son apparition. On ne l'a jamais aperçu quand l'appartement était éclairé à la chandelle. A cause de l'agitation de l'enfant, la dilatation de la pupille par la belladone n'a pas donné de résultats satisfaisants; cependant, à travers cette ouverture médiocrement élargie, l'auteur n'a pu reconnaître rien de lumineux derrière elle.

L'auteur pense que c'est la première fois qu'un semblable état lumineux a été observé chez un individu de l'espèce humaine. Les cas où des yeux humains se montraient lumineux, et que Hassenstein a réunis dans sa dissertation : *Commentatio de luce ex quorundam animalium oculis prodeunte*, publiée à Iéna en 1836, sont tous relatifs à des albinos. F.

De l'emploi du miroir oculaire de M. Helmholtz (*). — Il est rendu compte dans les termes qui suivent, d'une communication faite sur cet objet, par M. le docteur Krieger, dans la séance du 29 décembre 1851 de la Société des sciences médicales de Berlin :

« M. Krieger fait connaître quelques règles pratiques utiles pour l'emploi de l'instrument et qui demandent qu'on s'y exerce. L'appareil coûte 9 thlr. chez Dörfel.

» M. Remak a vu M. Hemholtz lui-même faire usage de l'instrument. Il pense que ce qui convient le mieux pour faire la chambre obscure, c'est de se servir d'une bougie allumée dont la flamme est reçue sur le miroir. M. Remak a trouvé que, de cette façon, l'emploi de l'instrument n'était pas difficile. Il a pu ainsi reconnaître sur la rétine des artères et des veines. Il conviendrait de fixer la tête du malade, ainsi que la main de l'observateur, afin d'éviter que l'opération ne soit dérangée par un mouvement quelconque.

» M. Abarbanell a fait construire un miroir par Grüel. Il a fait des observations sur 29 yeux. L'image lumineuse est facile à voir; il est difficile, au contraire, de distinguer la structure de la rétine. Il n'a été d'aucune utilité de placer l'instrument sur un support. On doit toujours suivre de la main et de l'œil, l'œil observé. Il y a quelque difficulté à bien choisir le verre qui convient à l'obser-

(*) Voir la note de M. Donders, dans notre dernière livraison, p. 55.

vateur. L'instrument est fort avantageux pour reconnaître les opacités en combinant ses résultats avec ceux de l'expérience des lumières de Sanson et de Purkinje; mais il faut aussi savoir bien la faire. Par ce moyen d'investigation on peut suivre l'opacité jusque sur la rétine; toutefois, M. Abarbanell ignore s'il est possible d'y distinguer d'autres modifications, le siége des exsudations. Ce qui est positif, c'est qu'on y découvre une image rougeâtre, dont la couleur varie selon les différents degrés d'accommodation des yeux, d'ailleurs tout à fait sains. Cette rougeur différente est peut-être un obstacle à l'exactitude des observations. On comprend que, dans le cas d'une opacité du corps vitré, on ne puisse pas voir la rétine. Pour que l'expérience se fasse convenablement, il est nécessaire que le malade ait appris à imprimer à l'œil qui doit être observé des mouvements de rotation. En somme, l'instrument de Helmholz pourra rendre facile chez les médecins le diagnostic de la plupart des maladies oculaires.

» M. Remak. Je n'ai jamais vu d'image rougeâtre, mais bien une image blanchâtre, sur laquelle on voit les vaisseaux se ramifier d'une manière admirable; je ne comprends pas en conséquence la remarque de M. Abarbanell à ce sujet.

» M. Abarbanell a bien vu une image rougeâtre par la raison toute naturelle que, pendant la vie, la rétine se montre avec cette coloration.

» M. Krieger. Le professeur Brücke a attiré l'attention sur la luminosité de l'œil, et quand on fait usage de l'instrument, on voit, comme dans cette expérience, les pupilles qui ressemblent à des charbons enflammés. En outre, on aperçoit une image blanchâtre avec des vaisseaux rouges; cette image a la grandeur d'une pièce de deux gros et paraît constituer le phénomène capital.

» M. Remak. Certainement ! c'est là le phénomène capital.

» M. Krieger. Une seule fois, j'ai pu découvrir cette image. Il est d'ailleurs nécessaire de se livrer à de nouvelles investigations. »

Dr Binard.

Zeitschrift der k.k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

De la stase sanguine qui se montre dans les vaisseaux ciliaires immédiatement après la sortie de l'humeur aqueuse. — Le docteur Charles Wedl a fait la remarque que toutes les fois

qu'on pratiquait la ponction de la cornée sur des lapins blancs, dès que l'humeur aqueuse était vidée, les vaisseaux de l'iris et les vaisseaux ciliaires antérieurs, ainsi que leurs ramuscules qui ne sont visibles qu'à loupe, se montraient, l'autopsie constatait le fait. Il en cherche la cause en ce que, la ponction faite, cesse la pression exercée par les humeurs de l'œil, tant entre elles que sur les membranes du globe oculaire, ce qui doit occasionner un changement de position de l'humeur de Morgagni et de l'humeur vitrée. La tension des membranes est diminuée, et comme d'une part elles se contractent en vertu de leur élasticité, et que d'une autre les muscles qui s'insèrent à la sclérotique doivent suivre la diminution de courbure de ces membranes, la convexité de la cornée ne subit aucune diminution, vu que le cristallin et le corps vitré sont poussés en avant, et grâce à ces changements des rapports de pression, se montrent des altérations dans la circulation, principalement dans les vaisseaux ciliaires. Une preuve de cette explication, c'est que la même chose a lieu quand une portion du corps vitré s'écoule par une piqûre faite à la sclérotique. L'auteur explique le phénomène de petites extravasations sanguines des vaisseaux lorsqu'on vide une quantité un peu forte d'humeur vitrée, par les bornes fixées au degré d'élasticité des membranes oculaires, qui ne peuvent continuer à diminuer de volume aussi longtemps que ce liquide est évacué; ce qui amoindrit la pression subie par certaines parties des vaisseaux en question, qui alors se dilatent et se rompent. Si la quantité d'humeur vitrée qu'on fait sortir était assez grande pour que le cristallin et le corps vitré ne pussent plus assez se déplacer en avant pour continuer à maintenir la convexité de la cornée, la diminution de pression aurait également pour suite de petites extravasations.

États amaurotiques accompagnant des affections du cœur et des gros vaisseaux. — Le docteur Blodig a observé treize fois des cas de ce genre (dix hommes et trois femmes); celles-ci avaient de trente-cinq à cinquante-sept ans, tandis que les hommes avaient dix-neuf, vingt-quatre et trente-six ans. Toutes les femmes appartenaient à la classe des ouvrières et des domestiques; un étudiant, un soldat en retraite et un ouvrier étaient les trois hommes en question.

Voici, au reste, comment on peut caractériser le degré de l'amaurose:

Une fois amaurose complète des deux yeux;

Une fois amaurose complète à droite, faiblesse amaurotique de la vue à gauche ;

Une fois amaurose incomplète à gauche, amblyopie à droite ;

Deux fois amaurose incomplète des deux côtés ;

Trois fois faiblesse amaurotique des deux yeux ;

Cinq fois même affection unilatérale (deux à droite, trois à gauche).

Six amauroses étaient franchement congestives, deux rhumatismales, deux abdominales, deux torpides et une syphilitique. Quant aux affections concomitantes du cœur, nous trouvons trois insuffisances des valvules aortiques (dont deux par ossification), trois de la valvule mitrale, toutes les six avec une augmentation plus ou moins développée du ventricule gauche, et sept cas d'hypertrophie excentrique de cet organe. Deux de ces cas ont déjà été mentionnés : l'un par le docteur Kanka (1844), l'autre par Blodig lui-même (1848).

É. Cornaz.

Journaux hongrois.

Ungarische Zeitschrift für Natur- und Heilkunde (1).

Tumeur de la membrane semilunaire (1850).—Cette tumeur, de la grandeur d'un raisin, s'était développée peu à peu, dans l'espace de trois mois, et à la suite d'inflammation, chez un paysan, âgé de trente-quatre ans, et ressemblait aux tuméfactions qui se développent souvent à la suite de l'opération du strabisme. L'examen microscopique a démontré à l'auteur, M. Kanka, qu'il s'agissait d'une exsudation qui tendait à s'organiser, composée de cellules et de fibres minces, s'entre-croisant fréquemment et disposées moins régulièrement que celles du tissu cellulaire normal.

De l'influence des fabriques de tabac sur la blennorrhée oculaire aiguë (1850, n° 24).—La fabrication du tabac et des cigares est une des causes qui favorisent le développement de cette affection, que M. Hirschler a observée dans des familles entières dont quelques membres étaient occupés dans ce genre de fabriques ; les

(1) D'après les extraits de M. le docteur Pilz, dans la *Viertel-Jahrschrift* de Prague.

inspecteurs, directeurs et possesseurs de ces établissements y sont aussi bien exposés que les ouvriers.

Ulcère de la sclérotique (1850, nº 24). — M. Hirschler raconte un cas dans lequel l'œil gauche, qui présentait, à la suite d'une ophthalmie varioleuse datant de l'enfance, une synéchie antérieure, avait un *vrai ulcère* de la sclérotique de formation récente. La conjonctive oculaire était d'un bleu rougeâtre et tuméfiée dans sa portion supérieure externe; à environ une demi-ligne du bord de la cornée se trouvait un ulcère en ovale, de la taille d'un grain de chanvre, dont le bord était entouré de petits vaisseaux entrelacés et dont le fond paraissait d'un blanc bleuâtre uni; à l'extrémité externe et supérieure de cette ulcération, se voyait un enfoncement de la taille d'une graine de pavot, assez semblable à un petit trou qui aurait percé la sclérotique. Il était difficile de s'assurer au moyen de la sonde d'Anel de la profondeur de ce trou, dont le fond, d'une couleur foncée, était évidemment formé par la choroïde enflammée dans cette région. Tout le côté de la tête était affecté de violentes douleurs.

Kyste de la paupière supérieure (1850, nº 27). — La paupière supérieure droite d'un homme âgé de vingt-six ans, observé par par M. Hirschler, présentait une tumeur enkystée, qui dépassait la taille d'un œuf de poule: cette énorme tumeur, qui s'était développée en quatre ans, recouvrait l'œil, la paupière inférieure, et venait jusqu'à la joue, était légèrement mobile sous les téguments extérieurs de la paupière et était recouverte à sa partie postérieure par la conjonctive palpébrale, tandis que le ligament tarse était refoulé par la tumeur. Comme celle-ci plongeait profondément dans l'orbite, l'auteur se borna à en vider le contenu et à en faire l'excision partielle; la masse qu'on obtint de l'intérieur était d'un jaune de miel, glutineuse; le microscope montra qu'il s'agissait d'une tumeur colloïde.

É. CORNAZ.

Journaux français.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie, de M. BOUCHARDAT.

De l'affaiblissement de la vue accompagnant les maladies qui ont pour symptôme une modification anormale dans la composition de l'urine (1850, pp. 298-304). — Dans tous les cas graves et

aigus de *glucosurie* (diabète sucré), vus par M. Bouchardat, la vue était considérablement affaiblie (1) ; une fois il constata une hémiopie ; deux fois les phénomènes de l'amblyopie congestive cédèrent à un traitement approprié. Il fait remarquer aussi que quelquefois (au moins quatre) il a observé des cataractes, mais elles ne cédèrent pas, comme l'affaiblissement de la vue, au traitement.

Dans l'*albuminurie* (2), la coexistence de l'amaurose serait, d'après M. Bouchardat, l'exception, et apparaît surtout quand la maladie, existant depuis longtems, a débilité l'économie.

Un affaiblissement de la vue accompagnait les deux autres cas d'hippurie (3), tous deux anciens, observés par le pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu. Il en était de même de tous ceux de benzurie (4) qu'il put constater, qui tous aussi avaient eu le temps d'affaiblir l'économie. Les médecins anglais ont noté l'affaiblissement de la vue comme coïncidant avec l'oxalurie (5), fait digne d'attention, que M. Bouchardat constata dans le seul cas de cette affection qu'il eut l'occasion de voir. Cette coïncidence remarquable fait que l'auteur se demande si toutes ces affections n'ont pas pour point de départ commun une altération du système nerveux. Au reste, il formule à ce sujet l'enseignement thérapeutique suivant :

« Quand un amaurotique, un malade avec affaiblissement de la vue,
« réclamera vos soins, examinez son urine ; et si vous découvrez une des
« substances caractéristiques sur lesquelles j'ai appelé votre attention,
« oubliez l'amaurose, traitez la glucosurie, l'albuminurie ou l'oxalurie ;
« et la vue se rétablira comme les autres fonctions. »

Collyres d'atropine, par Bouchardat et Stuart-Cooper (1849, p. 36). — Le travail étendu de ces deux praticiens sur l'alcaloïde de la belladone n'apporte rien de nouveau, quant aux explications.

(1) Voy. Bouchardat, Supplément à l'*Annuaire de Thérapeutique*, de 1846.

(2) Voy. *Annales d'Oculistique*, t. XXII, pp. 129 et suiv., H. Landouzy ; p. 166, Lévy ; et pp. 180 et suiv., Forget.

(3) « Altération de l'urine où la quantité d'urée est fort diminuée, tandis « qu'on y trouve une quantité notable d'acide hippurique et une très-petite « quantité d'albumine. » Bouchardat, *Annuaire de Thérapeutique*, 1842.

(4) Affection caractérisée par la présence, dans une urine peu colorée, peu odorante, d'une très-faible densité, d'acide benzurique.

(5) *Revue médico-chirurgicale*, 1848 et 1849.

ophthalmologiques, à ce que ces *Annales* ont publié à ce sujet (1). La différence des doses m'engage toutefois à reproduire les deux formules suivantes :

1° *Collyre d'atropine* : atropine 10 centigr. (2 gr.); eau distillée 20 gram. (5 gros). « Dans les cas de hernie de l'iris d'ulcération de la cornée. »

2° *Collyre pour dilater la pupille*, de moitié moins fort.

É. CORNAZ.

III. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Aperçu de la médecine dans ses Rapports avec les maladies internes; par L. FALLOT, vice-président de l'Académie royale de Médecine de Belgique. — Bruxelles, 1852. Société pour l'émancipation intellectuelle, in-32, page 210.

Après le génie qui crée et qui fait des découvertes, ce qu'il y a de plus respectacle à nos yeux, c'est le talent qui les vulgarise. Répandre dans le public des notions scientifiques assez exactes pour n'être point désavouées par les plus rigides gardiens des principes et des traditions de la science, assez claires pour être accessibles à la plupart des intelligences, n'est pas une tâche tellement aisée que ceux qui l'entreprennent n'aient quelques droits à notre estime et à notre reconnaissance. De tout temps on a vu les plus illustres savants ne pas dédaigner ce rôle de vulgarisateurs. L'*Avis au peuple*, de Tissot, n'est pas un des moindres titres de sa gloire, et nous pourrions citer de nos jours tels savants placés au premier rang de la hiérarchie académique qui doivent en grande partie à des notices populaires une célébrité justement acquise et dont, à coup sûr, il n'ont jamais songé à répudier l'origine. C'est à une inspiration semblable que nous devons l'*Aperçu de la médecine dans ses rapports avec les maladies internes*, du savant vice-président de l'Académie de Médecine de Belgique, M. Fallot; ouvrage qui fait partie d'une Encyclopédie populaire entreprise sous la direction de M. Quételet, et à laquelle presque toutes les célébrités scientifiques de la Belgique ont prêté leur concours.

Une première pensée vient naturellement à l'esprit, à propos d'un pareil projet. La médecine est-elle susceptible d'être popu-

(1) *Annales d'Oculistique*, t XVII, pp. 21 et 25 (*dose*, p. 26) et t. XXI, p. 88.

larisée? Cette vulgarisation est-elle utile? et dans quelles limites convient-il de la restreindre?

Bien que tranchée de fait par quelques-uns des précédents que nous avons cités, cette question n'en divise pas moins encore aujourd'hui les meilleurs esprits, et le doute est si naturel, en pareille matière, que M. Fallot lui-même, avant d'entreprendre la tâche dont il s'était chargé, a cru devoir confier à ses lecteurs tous ses scrupules à cet égard. La manière dont il a résolu la question ne peut que lui concilier le suffrage même des plus exigeants.

M. Fallot ne s'est dissimulé, en effet, aucune des difficultés ni aucun des dangers qu'il peut y avoir à faire descendre en quelque sorte dans le domaine public des notions à la fois aussi générales et aussi spéciales que celles dont se compose la médecine, dont le langage seul, pour être bien compris, exigerait, comme il le dit lui-même, plus de temps que ne peut y consacrer un homme occupé d'un autre ordre de travaux.

Les dangers, il les a évités, précisément en les signalant et en formulant nettement dès le début de son œuvre le but formel et précis qu'il s'était proposé, et qui est, non de mettre les gens du monde en mesure d'appliquer eux-mêmes les préceptes d'un art dont la connaissance n'exige pas moins que toute une vie d'étude et de dévouement, mais de les prémunir au contraire contre les funestes conséquences d'une pareille prétention en les éclairant sur l'objet de la médecine considérée au double point de vue de la science et de la profession; en montrant où tend la première, à quelles sources nombreuses et variées elle se puise, de combien de connaissances elle exige la réunion, dans quelles relations intimes et immédiates elle se trouve avec ce que l'homme a de plus précieux; en faisant connaître les qualités nécessaires au médecin, les services qu'il rend, les devoirs qu'il a à remplir, la responsabilité dont il est chargé; en revendiquant en un mot pour notre profession la place qui lui est due dans la société.

Ce n'est pas, comme on le voit, un traité de médecine domestique et populaire, une sorte de formulaire à l'usage des ménages, qu'a voulu faire M. Fallot; ceux qui croiraient y trouver des recettes à leur usage n'ont qu'à fermer ce livre dès les premières pages, ils sont prévenus qu'ils n'y trouveraient rien de semblable; mais c'est bel et bien un véritable traité de pathologie générale mis à la hauteur des intelligences et des esprits cultivés, mais étrangers aux études médicales.

Quant aux difficultés de cette œuvre, M. Fallot les a surmontées avec bonheur, grâce à des définitions toujours nettes et précises, à une division méthodique des matières dont l'enchaînement logique peut être facilement saisi, et à un style toujours clair qui n'exclut ni l'élégance ni l'élévation.

Une œuvre de ce genre ne s'analyse pas; mais il nous sera permis d'exprimer au courant de la plume quelques-unes des impressions que nous en a laissées la lecture.

Nous ne dirons rien des prolégomènes où, à l'occasion de la détermination de l'*objet*, du *but* et des *moyens* de la médecine, l'auteur a formulé des principes de philosophie et de méthodologie médicales qui ne dépareraient pas le meilleur traité classique, et que, pour notre part, nous acceptons pleinement. Mais il est tels points de doctrine à l'égard desquels l'opinion émise par M. Fallot pourrait être controversée : telle est, par exemple, la question relative à la localisation des maladies. Toute maladie pour lui est primitivement locale, et ne devient générale qu'en se propageant, en s'étendant de tissu à tissu, d'organe à organe, de système à système. Il n'y a partant que des organes malades et point de maladies. On connaît assez les opinions que nous avons toujours professées sur ce point, pour que nous nous croyions dispensé d'engager à ce sujet une discussion qu'il serait impossible de renfermer dans les limites de cet article ; qu'il nous suffise de dire que quelques efforts que puissent faire les localisateurs pour circonscrire la pathologie dans des termes aussi simples, nous persistons à croire qu'ils n'y parviendront jamais tant qu'ils n'auront pas déterminé quel est, par exemple, le point de départ de la variole, quel est le siége de la fièvre intermittente et de certaines fièvres continues.

Nous ne croyons pas non plus que l'autorité si grande de M. Fallot suffise à faire passer sans opposition cette autre proposition, que la question de la *généralité* ou *localité* primitive des maladies, quelque solution qu'on lui donne, n'exerce aucune influence sur la thérapeutique; car c'est là, au contraire, un des points fondamentaux sur lesquels se basent les indications thérapeutiques différentielles.

L'étude des causes des maladies occupe dans ce traité une étendue qui indique assez la haute et légitime importance que l'auteur leur accorde. Rien de plus juste que cette pensée, qu'on ne saurait avoir une idée complète de la nature d'une maladie sans y faire

entrer celle de ses facteurs. La difficulté de les discerner, dans un grand nombre de circonstances, et de les isoler des influences multiples auxquelles est incessamment soumis l'organisme, n'est pas une raison pour en abandonner la recherche. L'étiologie est la base la plus vraie et la plus sûre du diagnostic des maladies comme de leur traitement. Pénétré de cette vérité, M. Fallot a fait une étude analytique des divers éléments étiologiques des maladies, qui est sans contredit une des meilleures dissertations qui aient été écrites sur ce sujet.

Mais si nous voulions signaler tout ce que renferme de remarquable le livre de M. Fallot, nous serions obligés de le parcourir d'un bout à l'autre, chapitre par chapitre ; il serait difficile de dire mieux et plus de choses en moins de pages. Nous ne devons point omettre, cependant, d'appeler spécialement l'attention des lecteurs sur la seconde partie de ce traité, consacrée à la profession ; c'est à la fois une juste glorification des services que rendent les médecins à la société et un code des devoirs qu'elle leur impose.

Nous n'avons pas craint d'user envers M. Fallot de notre droit de critique en signalant quelques dissidences qui nous séparent sur quelques points de doctrine. Nous ne nous en sentirons que plus à l'aise pour rendre, en terminant, pleine et entière justice au mérite éminent dont il a, d'ailleurs, donné tant de preuves dans toute sa carrière, et en particulier au talent qu'il vient de déployer dans l'accomplissement d'une tâche beaucoup plus difficile qu'on n'est généralement porté à le penser. Nous recommandons vivement à tout l'intérêt des médecins, qui ne sauraient trop chercher à la propager, une œuvre qui est destinée à les rehausser dans l'opinion, en assignant à la médecine le rang élevé qu'elle doit occuper parmi les sciences, et à ceux qui la cultivent leurs droits légitimes à la considération et à l'estime publiques.

A. Dechambre.

Ueber Stabilität der Theile, und Stabilitätsneurosen. — *De la Stabilité des parties, et des névroses de la stabilité* ; par le docteur Ernest Blasius, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Halle, etc., etc. — Stuttgard, 1851, 8°, pp. 68. — (Extrait de l'*Archiv für physiologische Heilkunde*, 1851.)

Notre savant collaborateur vient de publier, sous ce titre, un mémoire plein d'intérêt sur un phénomène peu ou mal étudié malgré sa fréquence. Il s'agit de la situation que prennent et con-

servent plusieurs parties du corps lorsqu'elles sont en repos et abandonnées à elles-mêmes. Nous en avons extrait ce qui a rapport avec la spécialité de notre journal. Cela suffira pour en faire connaître la portée et l'esprit.

Quand on abandonne une partie du corps à elle-même en dehors de toute action musculaire, on lui voit prendre une position, qui ne peut pas s'expliquer d'après les seules lois de la pesanteur, et n'admet pas, par conséquent, un relâchement absolu des muscles, mais qui, d'un autre côté, ne peut pas dépendre de l'action de l'appareil musculaire, puisque son inaction est justement présupposée, et que, de plus, on ne peut découvrir dans cette attitude aucun indice de contraction. — C'est ainsi qu'en laissant prendre le bras on voit l'articulation du coude légèrement fléchie; tandis qu'en obéissant aux seules lois de la pesanteur elle serait complétement étendue, et cette semi-flexion n'est pas due à une contraction du biceps brachial, ce dont on peut s'assurer par l'attouchement. Pendant un repos parfait, les yeux convergent légèrement, quoique les muscles droits internes, comme aussi les autres muscles de l'œil, soient tout à fait inactifs. Il résulte de ce que la situation par l'action musculaire indiquée peut être changée à chaque instant et sans le moindre obstacle, en celle qu'en vertu de la seule pesanteur la partie occuperait, que, par exemple, le bras pourrait s'étendre entièrement; que, d'un autre côté, sur le cadavre les parties prennent la même position qu'elles auraient si elles obéissaient aux seules lois de la pesanteur; il résulte de là, disons-nous, que la situation indiquée ci-dessus est le fait des muscles consistant en un état particulier en relation avec leur vitalité, quoique indépendant de leur action. — Les parties se maintiennent donc dans une position déterminée qui ne dépend ni du relâchement complet, ni de la contraction des muscles, mais d'une manière d'être de leur vitalité, et plus particulièrement d'un certain rapport relatif des muscles isolés et des groupes musculaires entre eux, que M. Blasius appelle la stabilité des parties, ou situation fixe de Barthez, mais sans admettre avec cet auteur une force de situation fixe.

»On explique assez généralement ce fait par une prédominance de force que les extenseurs auraient sur les fléchisseurs...; mais cette explication ne pourrait s'appliquer à la situation que prennent les yeux........ On pourrait dire, à la vérité, que la position convergente, que les yeux prennent pendant le repos, est due à la prédomi-

nance d'action des muscles droits internes, qui sont, en effet, plus volumineux que les externes; mais en y regardant de plus près on s'aperçoit que ces rapports de stabilité d'un œil dépendent plutôt de l'impression de la lumière et de la susceptibilité de la rétine, de la situation de l'autre œil, des occupations ordinaires, de l'humeur et du caractère des individus, de l'état de veille et de sommeil, et d'autres circonstances encore. — C'est ainsi que le regard de l'amaurotique est surtout marqué par l'absence de cette convergence, quoique l'activité musculaire ne soit pas affaiblie, qu'il y ait plutôt une espèce d'irrégularité dans leur fonction, un léger degré de strabisme divergent, et cela, parce que la lumière, que la rétine ne perçoit plus ou qu'imparfaitement, n'exerce plus l'influence dont dépend la stabilité des yeux. — Le strabisme nous montre à quel point la situation d'un œil influe sur celle de l'autre. Ferme-t-on chez un louche l'œil sain, aussitôt l'action musculaire rétablit l'autre dans ses rapports normaux de stabilité, et, abandonné à lui-même, celui-ci persiste dans cette situation sans le concours des muscles. — Divise-t-on dans un cas de strabisme convergent le muscle droit interne, quelquefois l'œil ne subit qu'un léger changement dans sa position; d'ordinaire il reprend entièrement ou à peu près sa situation normale; très-exceptionnellement il entre en abduction, quoique la liberté de contraction soit rendue au muscle abducteur, et ne soit plus entravée par le muscle droit interne; enfin on voit souvent après l'opération survenir un peu de strabisme convergent de l'autre œil.

» Chez des individus dont l'occupation habituelle est de fixer des objets très-rapprochés ou éloignés, on remarque une convergence permanente plus ou moins prononcée des axes visuels; d'une autre part, cette convergence dépend des affections mentales et ne contribue pas peu, réunie à d'autres phénomènes mimiques, à l'expression physiognomonique de l'œil. — La diplopie accompagne souvent la somnolence, parce que la convergence des yeux est suspendue, et pendant le sommeil elle disparaît en faisant place à une direction parallèle des axes visuels, par la raison qu'elle ne dépend pas de la prédominance d'un muscle, qui ne serait certainement jamais plus marquée que pendant le sommeil, où l'intervention de la volonté est abolie, mais de la nature propre de la stabilité, qui est suspendue pendant sa durée.

» La tonicité dépend, dans les muscles, d'abord de leur texture, ensuite de quelques autres circonstances, en tête desquelles il faut

ranger l'innervation qui agit continuellement. Cette innervation est soumise à un rapport normal déterminé, et c'est ce rapport qui est la condition d'où dépend la stabilité normale des parties; le régulateur de cette stabilité et de l'innervation qui y est subordonnée, c'est la moelle épinière. L'innervation, comme telle, n'a rien de spécial; au contraire, c'est la même qui, dans un degré élevé, opère la contraction des muscles; son caractère propre réside surtout dans le degré déterminé où elle est contenue dans les muscles séparément par rapport les uns aux autres. — Il ne suffit pas, pour l'intelligence des phénomènes physiologiques et pathologiques de la stabilité, de reconnaître l'innervation s'étendant au delà de la contractilité musculaire, mais c'est à l'action régulatrice de la moelle épinière qu'il faut avoir surtout égard, et on doit considérer le maintien de la stabilité comme une fonction spéciale de cette moelle, et très probablement liée aux fonctions de réflexion du même organe.

Le nystagme (*nystagmus bulbi oculi*) n'est rien autre que la paralysie agitée du globe (*paralysis agitans bulbi oculi*), ou, pour parler plus exactement, la paralysie agitée de tout le corps n'est qu'un nystagmus universel. On range généralement le nystagme parmi les spasmes cloniques; mais, de quelque point de vue qu'on l'envisage, on ne peut jamais y reconnaître un spasme. Ces oscillations du globe, régulières, incessantes, datant souvent des premiers temps de la vie, ne sont pas plus un spasme que ne le sont les tremblements (*tremor*); elles ne mettent aucune entrave aux mouvements volontaires de l'œil, ce qui arriverait d'autant plus certainement, si le nystagme était une crampe, qu'il a principalement son siége dans les muscles droits, qui sont du domaine de la volonté. Aussi, peut-on suspendre d'ordinaire le nystagmus, soit en fixant l'attention du malade, soit en écartant les paupières, soit en touchant le globe de l'œil, mais des convulsions reviennent même avec plus de force, dès que l'impression a cessé. J'ai vu un cas où le nystagme et la paralysie agitée coexistaient. Abandonnait-on le malade à lui-même, on voyait d'abord le globe de l'œil se mouvoir avec rapidité, ensuite la tête entrait en branle et bientôt tout le corps était violemment secoué; mais un simple attouchement, une parole adressée au patient, ramenaient immédiatement le calme. Ce n'était certainement pas un spasme, parce que les muscles n'étaient pas soustraits à l'empire de la volonté. On peut faire des observations semblables chez les aveugles, et je serais tenté de

qualifier le nystagme, qui survient dans l'absence de toute impression extérieure, de rêve corporel, pendant lequel les mouvements jouent leur rôle, comme pendant les rêves ordinaires mille images bizarres jouent le leur, aussi longtemps qu'ils ne sont ni dominés, ni réglés par une activité psychique supérieure, ou par des impressions sensuelles; et tout comme les rêves précèdent le sommeil, les oscillations de la stabilité, dans lesquelles consiste le nystagme, constituent le passage à la cessation complète de la stabilité pendant le sommeil. Dans la grande majorité des cas, le nystagme est un signe d'amblyopie ou de cécité congénitale ou contractée dans les premiers temps de la vie, non-seulement, comme c'est généralement admis, quand ces affections sont dues au trouble des milieux transparents de l'œil, mais encore quand elles proviennent de l'amaurose. En effet, c'est un phénomène très-commun, on le sait, dans la cataracte ou congénitale, ou survenue peu après la naissance, dans la cataracte centrale due à la blennophthalmie des nouveau-nés; on le rencontre aussi dans le staphylôme et le leucôme. On a attribué le nystagme à la recherche qu'un œil frappé de cécité fait de la lumière; mais il en résulterait des phénomènes tout à fait différents; c'est ainsi qu'en cas d'un obscurcissement des humeurs, la portion la plus transparente serait constamment dirigée du côté de la lumière et la suivrait imperturbablement, mais on n'aurait pas cette agitation incessante de l'œil, qui, si elle influait sur les perceptions, ne pourrait qu'y jeter du trouble; en cas d'amaurose complète, d'ailleurs, on ne le rencontrerait jamais. Pour bien comprendre le nystagme, il faut tenir compte de la dépendance où l'activité des muscles des yeux et des paupières se trouve relativement à l'influence de la lumière sur la rétine. En parlant des changements dus à l'excitation de la rétine par la lumière, on se borne à citer la contraction et la dilatation des pupilles; cependant, l'action sphinctérique des muscles palpébraux (y compris le corrugateur sourcilier) est dans les mêmes rapports; seulement, cette action involontaire est en quelque sorte mêlée avec l'action volontaire: elle est par là même moins saillante et peut, jusqu'à un certain point, être suspendue.

»Les muscles intrinsèques de l'œil se trouvent dans une dépendance encore plus directe de l'excitation de la rétine par la lumière; ils peuvent, à la vérité, être considérés comme volontaires en ce sens, qu'à notre gré nous pouvons mouvoir les deux yeux ensemble; mais leur position relative (à l'exception de ce louchement

momentanée, qu'il est au pouvoir de quelques personnes de produire, est tout à fait involontaire et dépend de l'impression produite par un objet lumineux sur la rétine. C'est ici une subordination à une stimulation lumineuse objective : la subordination à une impression lumineuse absolue se montre dans la photophobie, où les yeux sont violemment renversés en haut, pour les soustraire à l'action de la lumière, et où l'action sphinctérique, mentionnée ci-dessus, a acquis son plus haut degré d'intensité. Cette subordination n'est pas moins marquée chez les amaurotiques. La lumière en contact avec la rétine exerce un pouvoir incontestable sur les muscles de l'œil, et quand ceux-ci n'y sont pas habitués depuis la naissance, son action y produit un jeu désordonné, c'est-à dire, l'œil est privé de stabilité. La coexistence du nystagme avec d'autres variations de cette stabilité, tels que le strabisme, et la cessation des mouvements du globe pendant le sommeil témoignent également en faveur de sa nature névrosique.

Certains muscles sont spécialement sujets à cette instabilité. Je me souviens d'avoir rencontré une fois des mouvements incessants de rotation dans un œil, par suite du balancement de la tonicité entre les muscles obliques supérieurs et inférieurs, les autres muscles étant restés intacts ; c'était chez un enfant, aveugle de naissance à l'œil droit, et chez lequel on remarquait un obscurcissement en arrière du cristallin, dans la concavité de la chambre vitrée ou dans le corps vitré même ; le nystagme n'existait qu'à cet œil, l'autre était sain et parfaitement tranquille. Je ne me souviens pas d'avoir rencontré jamais isolément l'oscillation de l'œil de haut en bas. Généralement, c'est par la prédominance alternative des muscles droits interne et externe et par l'agitation du globe dans un sens horizontal, que le nystagme se caractérise, ce qui se trouve en rapport avec ce fait que ces muscles sont justement ceux qui sont principalement soumis, dans l'état normal, à l'empire que la lumière exerce sur la rétine. Le nystagme serait l'inflammation des muscles oculaires; son apparition, jointe à l'obscurcissement des milieux transparents de l'œil, serait un résultat de cette inflammation, que ce n'en serait pas moins un défaut de stabilité; seulement, ce défaut serait dépendant d'une altération de texture des muscles et ne serait plus une névrose. Je laisse de côté cette manière de voir parce qu'elle ne serait bien évidemment applicable qu'à quelques cas particuliers ; d'ailleurs, elle n'est rien moins que prouvée jusqu'ici, et il faut la considérer

comme un de ces nombreux appels que les pathologistes des temps nouveaux et très-nouveaux font à l'omnipotence du *Deus ex machina!*

» Une névrose, qui se comporte un peu autrement que celles dont nous nous sommes occupés jusqu'ici, c'est la fluctuation ou tremblement de l'iris, appelé *iridodonesis*, fait pathologique mal compris, mal expliqué, qu'on a longtemps considéré comme un simple symptôme de synchysis, quoiqu'il soit beaucoup plus commun que cette maladie, et confondu avec une affection tout à fait différente, savoir le *hippus*. — Dans la fluctuation de l'iris, cette membrane éprouve à chaque mouvement du globe de l'œil une petite secousse d'avant en arrière, l'humeur aqueuse lui communique un mouvement oscillatoire, quelquefois faible, mais d'autres fois très-marqué ; tantôt la pupille a conservé sa mobilité, tantôt elle l'a perdue, et dans ce dernier cas, cela dépend d'un état de maladie de l'iris ou de la rétine, et n'a aucune connexion directe avec l'iridodonesis, comme on le croirait d'après les assertions de M. Mackenzie. — D'après mes nombreuses observations, cette affection se rencontre le plus souvent à la suite des opérations de la cataracte et chez les amaurotiques. Elle est si familière dans le premier cas, que M. Sichel dit qu'on l'y rencontre toujours : ce que je ne peux admettre. On l'a rencontrée plus rarement à la suite de l'extraction, mais le plus souvent après les abaissements pratiqués au travers de la sclérotique, après le déplacement, le broiement et l'abandon du cristallin à l'absorption. — Dans ces cas elle n'est qu'un accident sans importance, ne gênant en aucune manière la vision, pouvant persister indéfiniment sans danger. Je l'ai vue survenir après des opérations faites par différents oculistes. — On la voit se déclarer aussi après des lésions mécaniques de l'œil. On la rencontre souvent chez les amaurotiques, cependant elle n'y est pas dans un rapport direct, ni avec le degré, ni avec le caractère de l'amaurose. — Elle existait dans la forme la plus prononcée chez une femme célibataire, ayant des yeux d'un bleu clair et les cheveux blonds, qui pendant longtemps avait gagné sa vie en travaillant à des ouvrages de main, et souffrait actuellement d'un degré modéré d'amblyopie amaurotique. Je ne pus découvrir chez elle aucune trace de lésion organique de nature à rendre compte de l'amaurose; les pupilles avaient conservé toute leur contractilité. D'autres fois je la rencontrai chez des individus à yeux noirs, porteurs d'amauroses à un degré très-avancé, d'une nature

congestive ou torpide, ou dépendante de causes organiques évidentes. Dans un cas de cécité de cette dernière espèce, l'iridodonesis était accompagnée de synchysis étincelant. Dans un autre cas, chez un homme de quarante ans environ, ayant la vue faible et basse, avec un léger obscurcissement du cristallin à droite, je trouvai un tremblement irien, probablement congénital et très-prononcé aux deux yeux, avec contractilité régulière des pupilles. — M. Mackenzie prétend qu'en cas d'amaurose ou de cataracte congénitale, l'oscillation de l'iris se présente souvent compliquée de nystagme; cependant, comme on vient de le voir, cela n'existait pas ici; d'ailleurs, d'après mon expérience, le nystagme est un phénomène très-commun dans de semblables lésions datant de l'enfance; l'iridodonesis, par contre, y est très-rare. — Puisque j'ai parlé d'amaurose organique, je ne veux pas laisser passer cette occasion sans dire que je ne considère pas l'amaurose comme une affection exclusivement dynamique; que chaque fois qu'elle se présente, il faut se livrer avec la plus grande attention à la recherche des conditions matérielles dont elle peut dépendre. Tout comme dans quelques circonstances nous ne pouvons découvrir cette condition, de même, là où nous la diagnostiquons, nous ne savons pas la préciser, et ce sont justement ces changements organiques indéterminés de l'intérieur de l'œil, qui se rencontraient dans les cas réputés amauroses organiques. Lorsque les altérations organiques peuvent se saisir, alors on les désigne par un nom spécial, et on en rencontre souvent de semblables dans les cas d'iridodonesis. — Parmi elles, la mieux connue, c'est le synchysis; mais on rencontre aussi l'iridodonesis dans des cas où le ramollissement du corps vitré est secondaire et où on ne peut admettre le synchysis proprement dit, par exemple, dans des épanchements liquides autour du corps vitré, avec compression et liquéfaction.

L'iridodonesis reconnaît encore pour cause les altérations organiques produites dans l'iris même par suite d'une inflammation chronique, à savoir son atrophie, sur laquelle M. d'Ammon a surtout appelé l'attention. On la rencontre aussi dans la cataracte branlante (*cataracta tremula*), et c'est là qu'il en existe une explication mécanique satisfaisante, à savoir le mouvement communiqué par le cristallin à l'iris. — M. Ruete paraît avoir généralisé cette explication, puisqu'il croit probable que l'iridodonesis serait la conséquence d'un amincissement pathologique ou même d'une lacéra-

tion de la zonule de Zinn en tant que ligament suspenseur du cristallin; mais cette explication n'est pas seulement réfutée par ce fait, que l'iridodonesis, comme M. Ruete l'observe lui-même, se présente dans l'absence du cristallin (par exemple, après l'opération de la cataracte), mais encore par l'examen du phénomène même, car l'iris obéit à un mouvement de fluctuation évident, imprimé par l'humeur aqueuse, et non à un mouvement communiqué directement par le cristallin, qui aurait un tout autre caractère. Ce serait donc, en tout cas, par l'intermédiaire de l'humeur aqueuse que l'ébranlement du cristallin se communiquerait à l'iris, ce qui ramène alors la question à ces termes : quelles sont les circonstances dans lesquelles l'iris est mis en mouvement par l'humeur aqueuse? Si l'on prétendait que l'iridodonesis est un symptôme du synchysis, qu'elle dépend de la diminution, d'un changement dans la composition ou dans la consistance du corps vitré, c'est qu'on considérerait le globe comme un sac imparfaitement rempli d'un liquide dont les oscillations feraient vaciller tout ce qui y plonge ou y touche. C'est là l'opinion de Becquerel qui, généralisée, s'exprime ainsi, que la force d'impulsion de l'humeur aqueuse l'emporte sur la force de résistance propre à l'iris. — Cette théorie, ainsi que toutes celles qui partent d'un principe analogue, ne peut être admise comme absolue; car, dans la plupart des cas d'iridodonesis, et notamment dans ceux où elle accompagne l'amaurose, on pourrait, sans recourir à l'hypothèse la plus gratuite, assigner les fonctions qui mettent l'humeur aqueuse en mouvement. — Quel est celui qui provoquerait la fluctuation irienne consécutive à l'opération de la cataracte, puisque les chambres de l'œil restent complétement remplies, que ce soit par l'effet de l'augmentation de l'humeur aqueuse ou de l'humeur vitrée, de la reconstitution du cristallin ou de la compression exercée par le corps vitré déplacé? Je conteste même sa valeur absolue dans les cas rares, où elle pourrait trouver son application, par exemple, dans le synchysis, car dans cette maladie on ne peut se refuser à reconnaître, indépendamment de l'altération du corps vitré, une lésion de la rétine et des nerfs ciliaires, puisque ce n'est qu'ainsi que se laisseraient expliquer la cécité totale qui accompagne cette affection, et les changements de la pupille qui y apparaissent de bonne heure, et qui ne peuvent dépendre que d'une lésion des nerfs. C'est à cette dernière que nous devons recourir dans tous les cas d'iridodonesis; et dans les faits même où il est permis d'admettre un choc de

l'humeur aqueuse sur l'iris, il faut encore le considérer comme une cause additionnelle.

» Dans l'iridodonesis, l'iris n'offre pas une résistance suffisante aux mouvements imprimés par le jeu des muscles du globe à l'humeur aqueuse, mais l'affaiblissement de cette résistance n'est que rarement dû à des altérations organiques de l'iris consécutives aux phlegmasies de cette membrane; elle est presque toujours une affection dynamique, un effet de la viciation de l'activité nerveuse, et, communément, la cause productive de cette variation est reconnaissable; c'est ainsi que dans l'amaurose elle consiste dans l'action réciproque de la rétine et des nerfs ciliaires; après l'opération de la cataracte, elle est produite probablement par une lésion des nerfs ciliaires. Dans le synchysis, comme nous venons de le voir, on doit admettre également une lésion nerveuse, mais ces changements organiques de l'iris, remarquons-le bien, sont, à l'exception de l'atrophie, de nature à augmenter plutôt qu'à diminuer la force de résistance de la membrane frappée par l'humeur aqueuse, et, par conséquent, là même, il faut recourir à un changement dans les rapports dynamiques pour l'explication de l'irododonesis. Lorsque je considère ici ces rapports anormaux comme une lésion de la stabilité, je reconnais qu'ils sont d'une autre espèce que ceux décrits plus haut. Dans ces derniers, le défaut de stabilité dépendait de conditions internes; ici la stabilité est impuissante pour résister à des secousses mécaniques et extérieures. Chaque partie est capable, en vertu de son pouvoir de stabilité, et sans l'intervention de l'action musculaire, de résister jusqu'à un certain degré à des influences extérieures; cette force de stabilité fait ici défaut.

» Une des névroses les plus communes de la stabilité, c'est la vue louche, le strabisme proprement dit, très-distinct de la *luscité* (*luscitas*). Diverses conditions maladives des muscles oculaires peuvent donner naissance à une position anormale des yeux : elle peut être produite aussi bien par la paralysie que par la contracture, mais alors elle n'est pas une névrose de la stabilité; ce qui y appartient, c'est cette espèce de strabisme où les mouvements des yeux sont libres dans toutes les directions et où leur position respective est seule changée. Le plus communément, cette infirmité est due à ce que, dans l'un des yeux seulement, l'axe tiré du centre de la cornée à la tache jaune, ne coïncide pas avec la ligne qui, du centre d'un objet placé dans le champ normal de la vision,

se rend à la rétine en passant par le milieu du miroir de l'œil; mais parfois aussi les axes de ces lignes dévient dans les deux yeux, et alors on a le strabisme double, que j'ai eu l'occasion d'observer quelquefois, mais jamais sans une perturbation fonctionnelle notable. Le louchement se borne-t-il à un seul œil, on voit le phénomène se produire alternativement des deux côtés, suivant qu'on se sert de l'un ou de l'autre des yeux; cependant, en général, et pour autant qu'il n'y soit pas mis obstacle, on donne la préférence au même œil, et en couvrant celui-ci, on force l'autre à entrer en exercice, le premier louche. C'est ainsi aussi qu'après la section d'un muscle sur un œil strabique, on voit, au moins pour quelque temps, le strabisme se transporter à l'autre œil; ce qu'il ne faut pas mettre sur le compte de la section, mais du redressement de l'œil, puisqu'il s'ensuit communément le louchement de l'autre. Plusieurs individus louchent des deux yeux alternativement, de façon à faire croire qu'ils sont réellement atteints de double strabisme. — Tous ces faits sont parfaitement connus, et si nous les rapprochons ici, c'est pour en tirer la conséquence que le strabisme n'est pas une affection spasmodique. Sans doute, tout strabisme implique une contracture augmentée, une contracture extensible d'un muscle et une contracture trop faible de son antagoniste; mais cet état se rattache généralement à des rapports de l'organe visuel avec les stimulants extérieurs, de façon que d'un moment à l'autre, il peut cesser dans un des muscles pour se manifester dans son congénère à l'autre œil; c'est par conséquent une névrose qui s'exprime par une altération de la stabilité, comme la stabilité normale des yeux est soumise à l'influence normale de certains stimulants sur les nerfs et à l'innervation qui en est la conséquence. S'il y avait crampe, le muscle serait soustrait au pouvoir de la volonté, et c'est ce qui n'a jamais lieu.

» On a donné une explication étiologique de l'existence du strabisme. On a dit qu'en cas de trouble passager ou permanent de la faculté visuelle à un des yeux, celui-ci était dévié par le louchement, pour qu'il n'exerçât pas une influence nuisible sur l'autre. Sans faire remarquer que s'il en était ainsi, le strabisme serait beaucoup plus commun, observons que l'origine de l'infirmité serait ramenée à un acte de l'activité des muscles de la volonté. Cependant, la position réciproque des yeux ne dépend pas d'un mouvement volontaire, mais d'une excitation lumineuse, c'est-à-

dire; d'un mouvement réflexe des muscles droits externes et internes, excités par l'impulsion que les objets lumineux produisent sur la rétine. Elle présuppose, pour être normale, l'intégrité de la faculté de percevoir les rayons lumineux, et c'est la raison pour laquelle le strabisme est si commun dans les inflammations oculaires, qui s'accompagnent de troubles visuels temporaire ou permanent, comme on le voit quand la transparence des milieux est altérée ou que la rétine est affaiblie. — Ensuite, la situation réciproque des yeux est attachée intimement à l'habitude de l'accommodation des actions musculaires. Voilà pourquoi le strabisme persiste souvent après la destruction des causes qui l'avaient fait naître; c'est aussi pourquoi le strabisme se déclare surtout pendant la jeunesse, où l'habitude de cette accommodation n'est pas aussi formée, discontinue, au contraire, dans l'âge avancé, où elle est devenue profonde et prédominante. Le strabisme proprement dit reconnait rarement pour cause une maladie des muscles; à moins que ce ne soit leur hypertrophie réelle qu'on rencontre quelquefois, mais qui parait alors plutôt secondaire et un effet de la même cause qui produisait la contraction. L'opinion qu'un excès de contraction d'un muscle, suite de l'inflammation, détermine le strabisme, se trouve réfutée par les notions acquises dans ces derniers temps sur les changements anatomiques dont s'accompagnent ces inflammations. L'inflammation peut produire, il est vrai, une contracture inextensible avec atrophie et métamorphose des fibres musculaires, mais elle donne lieu à la luscité et non au strabisme. — Troisièmement, les trabisme reconnait souvent pour cause une affection directe des nerfs moteurs, comme cela se voit dans certaines amauroses, par exemple, dans les amauroses ciliaires rhumatismales, dans les ophthalmies scrofuleuses, comme aussi dans la photophobie due à l'exaltation et la perversion de l'activité nerveuse, dans le blépharospasme, le renversement du globe en haut sous l'impulsion de la lumière, etc. » F.

Die Lehre vom Hornhaut-Staphylom. Nach dem gegenwärtigen Standpunkt der Wissenschaft zusammengefasst; von W. Roser, Professor der Chirurgie.—Marburg, 1851, Elwest, 4° pp. 44.

On sait quelle est la confusion qui règne dans les ouvrages d'ophthalmologie sur l'affection assez complexe à laquelle on a

donné le nom de *staphylôme de la cornée*. Le but du professeur Roser a été d'exposer nos connaissances à ce sujet, tout en soumettant à une appréciation critique les différentes théories que certains auteurs ont invoquées pour expliquer cette altération pathologique de la cornée transparente.

En 1838, le docteur Wharton Jones (1) a démontré que la cornée était étrangère à l'affection désignée sous le nom de *staphylôme opaque de la cornée*; il a prouvé que c'était l'iris qui, par suite de la destruction de la cornée, étant venu faire saillie hors de l'œil, remplaçait cette membrane; que c'était ainsi une production nouvelle, le tissu kératique s'étant recouvert d'une pseudo-membrane avec cicatrice, qu'il a appelée *pseudo-cornea*.

Nous croyons devoir reproduire ici le paragraphe XI, qui est intitulé : *Aperçu des formes qu'on a rattachées au staphylôme opaque*.

« Nous admettons, dit l'auteur, les différentes formations suivantes, fondées sur l'anatomie; ces formations ont jusqu'à présent été en grande partie réunies et confondues ensemble, et la plupart des auteurs n'en ont pas compris le mode de développement.

» 1° La *pseudo-cornée* complète, avec les principales variétés suivantes :

» *a. Hydropisie de la chambre postérieure.* — Pseudo-cornée distendue et le plus souvent amincie : c'est le staphylôme complet et sphérique ordinaire. Si la sclérotique est particulièrement soulevée par le liquide aqueux, le staphylôme est celui du corps ciliaire. Quand la *pseudo-cornée* présente plusieurs élévations, on l'appelle *staphyloma racemosum*.

» *b. Adhérence de la chambre postérieure.* — Pseudo-cornée épaissie : staphylôme avec épaississement. Il doit se rencontrer principalement chez les enfants. Existe-t-il un exsudat de la choroïde en même temps que l'adhérence de la chambre postérieure, on a alors le *staphylôme complet et conique* de Beer.

» 2° *La pseudo-cornée n'est que partielle.* — Staphylôme partiel :

» *a.* Avec saillie arrondie de la cornée au pourtour de la pseudo-cornée. État de transition au staphylôme complet.

» *b. Sous-procidence concomitante de la cornée.*—État de transition au *prolapsus iridis*.

» 3° *La distension de la cornée* seulement, qui est en même temps opaque, sans que l'iris prenne part à l'altération : *pseudo-staphylôme*.

(1) *London medical Gazette*, 1838, p. 847.

» *a. La cornée est intacte.* — Premier degré de ce qu'on appelle le *staphyloma pellucidum.*

» *b. La cornée est amincie par ulcération.* — Premier degré de ce qu'on appelle la hernie de la cornée. »

Ces deux dernières variétés ne se rapportent pas, à proprement dire, au sujet dont il est ici question.

L'opuscule du docteur Roser est écrit dans un excellent esprit de critique. Bien qu'il ne contienne, rien de nouveau, il n'en sera pas moins lu avec beaucoup d'intérêt et d'avantage par les personnes qui s'occupent particulièrement des maladies oculaires; elles y trouveront exposées avec concision et clarté les principales connaissances qu'on possède aujourd'hui sur les différentes espèces de staphylôme.

Dr Binard.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

F. et Oscar Heyfelder. — *Das chirurgische und Augenkranken Clinicum der Universität Erlangen vom 1 October bis zum 30 September.* — Berlin, 1851, G. Reimer, 8°, pp. 48.

Alexander Wotypka. — *Die contagiöse Bindehaut- Entzündung* (Conjunctivitis contagiosa). — Ein Beitrag zur richtigen Würdigung dieser Krankheit nach den während der in Florenz im Jahre 1849 unter den k.k. österreich. Truppen ausgebrochene Epidemie geschöpften Beobachtungen und mit besonderer Berücksichtigung der militärischen Verhältnisse dargestellt. — Wien, 1852, W. Braumüller, 8° pp. 118.

(Nous rendrons compte de cette brochure.)

Welcker (Hermann). — *Ueber Irradiation und einige andere Erscheinungen des Sehens.* (Mit 8 Tafeln.) — Giessen, 1852, J. Ricker, 8° pp. 198.

Wengler (Eduard). — *Augendiätetik, oder Pflege des menschlichen Auges in gesunden und schwachen Zustande.* — Dresden, 1852, Adler et Dietze, in-32 pp. 130, avec 1 planche lithographiée et 7 xylographies.

Meyr (Ignaz). — *Compendium der Augenheilkunde.* — Wien, 1852, W. Braumüller, 8° pp. 334, avec 1 planche.

(Il sera rendu compte de ces deux derniers ouvrages.)

WERDMULLER (Otto). — *Practisches Handbuch der Augenheilkunde zum Gebrauche für Aerzte und Studirende.* Zweite Auflage. Zurich, 1852, Orell, Fusili et Co, 8° pp. 264.

(Voir *Annales d'Oculistique*, t. XXII, pp. 95, l'analyse de la première édition, dont celle-ci n'est que la reproduction.)

SICHEL (J.). — *Iconographie ophthalmologique*, ou Description, avec figures coloriées, des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales. — Paris, 1852, J.-B. Baillière, gr. in-4°, 1re livraison.

(L'*Iconographie ophthalmologique* sera publiée en 20 livraisons, composées chacune de 28 pages de texte grand in-4°, de 4 planches dessinées d'après nature, gravées, imprimées en couleur et retouchées au pinceau avec le plus grand soin. Quelques planches représentant les instruments seront seules imprimées en noir.

Cette publication était impatiemment attendue. Le nom de l'auteur, dont la haute probité scientifique est si connue, l'exécution du travail, assurent à cette œuvre une vogue bien juste et bien méritée. Nous regrettons beaucoup que le défaut d'espace nous empêche de faire connaître avec détail le contenu de la première livraison. Nous nous en occuperons dans notre prochain cahier.)

VALLEZ (P.-J.) de Bruxelles. — *Essai sur l'anatomie et la physiologie des parties constituantes de l'appareil optique, ou Organisation de l'œil et de ses annexes.* — Bruxelles, 1852, N.-J. Grégoir, 8° pp. 84.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE VINGT-SEPTIÈME VOLUME.

(PREMIER SEMESTRE 1852.)

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU XXVIIe VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES NOMS DES AUTEURS.

